

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929. — N° 2

L'ECTOPIE DE LA RATE ET SES COMPLICATIONS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 1929

PAR

Georges MOUTTE

Interne des Hôpitaux

Né à Bône le 13 Juin 1904

Membres du Jury :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale,
LOMBARD, Professeur de clinique chirurgicale infantile.
AUBRY, Professeur de pathologie générale et pathologie
médicale.
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).

Président.

} *Juges.*

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549011_0053

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1929. — N° 2

L'ECTOPIE DE LA RATE ET SES COMPLICATIONS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Mars 1929

PAR

Georges MOUTTE

Interne des Hôpitaux

Né à Bône le 13 Juin 1904

Membres du Jury :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale,
LOMBARD, Professeur de clinique chirurgicale infantile.
AUBRY, Professeur de pathologie générale et pathologie
médicale.
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).

Président.

Juges.

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, Boulevard Laferrière, 2

1929

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN
DOYEN HONORAIRE
ASSESEUR

MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
HERAIL (*, I. U).
GILLOT (I. U).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....
Clinique ophthalmologique.....
Clinique médicale infantile.....
Clinique des maladies des pays chauds,
des maladies syphilitiques et cutanées.
Clinique chirurgicale.....
Clinique obstétricale et puériculture du
1^{er} âge.....
Clinique chirurgicale infantile et d'ortho-
pédie.....
Histologie et embryologie.....
Anatomie pathologique.....
Chimie biologique et toxicologie.....
Hygiène, hydrologie et climatologie...
Physiologie.....
Pharmacie.....
Chimie minérale et organique.....
Médecine légale.....
Anatomie.....
Microbiologie et parasitologie.....
Physique médicale.....
Anatomie médico chirurgicale et méde-
cine opératoire.....
Botanique et matière médicale.....
Pathologie générale et médicale.....

MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
CANGE (*, I. U).
GILLOT (I. U).

RAYNAUD (*, A. U).
COSTANTINI (*, A. U).

LAFFONT (*, A. U).

LOMBART (*, I. U).
WEBER (*, I. U).
POUJOL (I. U).
MAILLARD (*, I. U).
CHASSEVANT (0. *, 0. *, I. U).
TOURNADE (0. *, A. U).
MUSSO (I. U).
N...
GIRAUD (*, A. U).
LEBLANC (*, I. U).
PINOY (*, I. U).
PORTES (*, I. U).

CABANES (*, I. U).
SENEVET (*, A. U).
AUBRY (*, A. U).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. TRABUT (0. *, I. U, 0. *).
ARGAUD (*, I. U).
VINCENT (*, I. U).

MM. HERAIL (*, I. U).
SOULIE (*, I. U).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves
sages-femmes.....
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....

FUSTER (*, I. U).
H. ABOULKER (*, A. U).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....
Médecine.....
Physiologie.....
Anatomie.....
Chimie médicale.....
Obstétrique.....
Histologie.....
Histoire naturelle pharmaceutique....

MM. DUBOUCHER.
FERRARI (I. U).
POROT (A. U).
LEBON (*, A. U).
HERMANN (*).
RIBET (*).
WUNSCHENDORFF (I. U).
HOUEL (*, A. U).
COURRIER (*).
FOURMENT.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je dédie cette thèse :

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA BELLE-MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR COSTANTINI

• Professeur de clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

C'est avec une extrême bienveillance que vous nous avez accueilli comme interne dans votre service. Votre science du malade, votre technique opératoire impeccable, nous ont fait aimer la chirurgie.

Nous avons toujours trouvé en vous le Maître dont les conseils éclairés ont, en maintes circonstances, guidé notre conduite.

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, après nous l'avoir inspirée, après nous avoir guidé dans nos recherches et dans l'exécution de notre travail.

Veuillez nous permettre, de vous présenter, ici, l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre très respectueux dévouement.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE DOCTEUR LOMBARD

Professeur de clinique chirurgicale infantile

C'est à votre remarquable enseignement clinique que nous devons les connaissances de chirurgie infantile acquises durant notre stage d'interne dans votre service.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner notre très vive et très respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR AUBRY

Professeur de pathologie générale et pathologie médicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Depuis que nous avons été votre externe, vous n'avez cessé de nous témoigner, tout le long de votre carrière hospitalière, un bienveillant intérêt.

Nous vous garderons toujours une très respectueuse et très grande reconnaissance pour les nombreuses marques d'estime dont vous nous avez comblé.

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRARI

Agrégé de chirurgie

Chirurgien des hôpitaux

En très respectueux hommage pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, aussi bien à la Faculté qu'à l'Hôpital.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

A NOS MAITRES DES HOPITAUX :

(Externat)

MESSIEURS LES PROFESSEURS

AUBRY

CANGE

(Internat)

MESSIEURS LES PROFESSEURS

GILLOT

COSTANTINI

LOMBARD

ARDIN-DELTEIL

MONSIEUR LE DOCTEUR

E. GOINARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. GOINARD
Professeur suppléant de gynécologie à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

*A la fin de notre carrière d'interne, votre
bel et clair enseignement de la gynécologie
a été pour nous d'un immense profit.*

*Qu'il nous soit permis de vous témoigner
ici notre très vive et très respectueuse recon-
naissance pour toutes les bontés que vous
avez eu à notre égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR X. GÉNOVA
Chirurgien de l'hôpital civil de Bône
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Depuis notre plus tendre enfance, vous
nous avez porté un affectueux intérêt.*

*C'est pour nous une grande joie de pou-
voir vous dire, ici, que nous vous garderons
toujours une vive gratitude et un affectueux
dévouement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. LAGROT
Chef de clinique à la Faculté de Médecine

*Vous nous avez donné, durant vos si
vivantes conférences d'internat, une méthode
de travail que nous essayerons de conserver
toujours.*

*Nous sommes heureux de remercier, ici,
l'ami de tous les instants que nous avons,
depuis, trouvé en vous.*

INTRODUCTION

Durant notre Internat, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de notre maître, M. le Professeur Costantini, un cas de splénectomie pour rate ectopique. La malade, porteuse de cette splénoptose, présentait une particularité anatomique qui parut très rare à notre Maître : le pédicule splénique, au lieu de venir de l'hypochondre gauche, se dirigeait vers le pylore ; et lorsqu'on le suivit, on constata que l'artère splénique naissait de la gastro épiploïque droite. M. le Professeur Costantini nous fit remarquer cette anomalie curieuse jointe à la rareté de l'ectopie splénique. Les recherches que nous fîmes à ce sujet, nous montrèrent que les travaux français, concernant les déplacements de la rate, étaient déjà anciens et contenaient certaines erreurs. C'est pourquoi, M. le Professeur Costantini nous engagea à poursuivre plus avant notre étude et à faire d'une revue générale de cette question, le sujet de notre thèse inaugurale.

M. le Professeur Costantini mit à notre disposition les deux observations de rate ectopique qu'il possède, et nous guida de ces précieux conseils.

Nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Goinard, M. le Docteur Duboucher, de M. le Docteur Brun (de Tunis), de M. le Docteur Oulié (de Constantine), des cas inédits de splénoptoses, dont ils nous ont donné ou aimablement envoyé les observations. Les idées que défend M. le Docteur Ferrari dans son travail d'agrégation, celles qu'il nous a données de vive voix, nous ont grandement aidé.

Nous sommes heureux de pouvoir leur témoigner, ici, notre reconnaissance.

Les ouvrages et les articles parus sur l'ectopie de la rate sont actuellement tellement disparates que nous nous sommes surtout attachés dans ce travail à les commenter et les discuter, à modifier les notions qui nous ont paru fausses ou erronées, enfin à apporter les idées et les conclusions qui nous ont été suggérées par notre Maître.

Après un court exposé historique, nous dirons ce que nous entendons par ectopie de la rate. Puis nous étudierons, dans une première partie, l'étiologie, les moyens de fixité de la rate, la pathogénie de la ptose et de ses complications, enfin, les lésions anatomopathologiques produites par la situation anormale de l'organe dans l'abdomen.

Dans une deuxième partie, nous ferons l'étude clinique de la question, nous attachant à bien décrire les complications si fréquentes de cette affection.

Enfin, avant de donner nos conclusions, nous dirons ce que nous pensons du traitement.

DÉFINITION

On a employé des noms multiples pour désigner les déplacements de la rate. Ce sont ceux de splénoptose, rate mobile, rate voyageuse, rate migrante. Depuis Lieffring, il est d'usage courant d'appeler ces déplacements : les ectopies de la rate.

Cependant certains auteurs, et en particulier Silvestrini, distinguent des degrés dans les déplacements de cet organe. Pour l'école Italienne, la rate est dite *mobile*, lorsqu'elle se déplace avec facilité et reprend aussi facilement sa position normale ; cette mobilité est du premier, deuxième ou troisième degré, suivant que, dans une inspiration profonde, ou dans la position ventrale, on palpe respectivement le pôle inférieur, la moitié de l'organe, ou l'organe entier avec interposition de la marge de la main entre le rebord costal et le pôle supérieur. La rate est *migrante* si, après avoir abandonné sa situation normale, elle demeure constamment dans la cavité abdominale. Enfin, si la rate migrante se fixe par des adhérences, il s'agit d'une rate *ectopée*.

Nous aurons l'occasion de montrer que, ce qui importe surtout, c'est le fait de la mobilité de la rate ; aussi, le mot d'ectopie, étant maintenant consacré par l'usage, continuerons-nous à l'employer.

Nous démontrerons, au cours de notre travail, que l'hypertrophie joue un rôle assez minime dans la pathogénie de l'ectopie splénique, que les signes cliniques, l'évolution et le traitement de ces rates pathologiques ptosées sont à peu près identiques à ceux des organes sains ou paraissant tels ; aussi, ferons-nous entrer

dans notre étude, à l'inverse de certains auteurs, toutes les splénoptoses qu'elles surviennent sur une rate malade ou non.

Ce qu'il importe bien de préciser, pour définir l'ectopie, c'est la situation du pôle supérieur de l'organe. On ne saurait en effet, parler d'ectopie pour ces énormes rates qui, bien qu'elles quittent leur loge et descendent très bas dans l'abdomen, présentent un pôle supérieur fixé à sa place normale. Pour qu'il y ait vraiment déplacement, ptose de l'organe, il faut que le pôle supérieur ait quitté la coupole diaphragmatique, descende avec le viscère lui-même.

Munis de ces notions, nous allons pouvoir, maintenant, définir l'ectopie de la rate.

Nous désignerons sous le nom de rate ectopique : *toute rate saine ou pathologique dont le pôle supérieur a perdu ses connexions avec la coupole diaphragmatique.*

Nous montrerons, en étudiant la pathogénie, qu'à côté des causes généralement invoquées pour expliquer la ptose, il faut faire intervenir des malformations congénitales des moyens de fixité et que ces malformations constituent, en réalité, les facteurs déterminants de l'ectopie splénique.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La connaissance de l'ectopie de la rate remonte à une époque éloignée. Riolan, déjà (Manuel anatomique et pathologique, Lyon 1672), décrit les déplacements de ce viscère, d'après quatre cas personnels : « La rate, dit-il, change quelquefois de place quand ses ligaments sont relâchés, soit que son propre poids l'attire en bas, soit que ce qui la soutient étant rompu, elle tombe et descende jusque au bas du ventre ». Il reconnaît la difficulté du diagnostic surtout chez la femme et proscriit l'application du cautère sur la tumeur comme trop dangereuse et inefficace.

Jusqu'en 1864, époque à laquelle Kuchenmierster (Die Vandermilz Ztschr. S. Chir. und Geburst) publie un mémoire sur la question et parle déjà de la splenectomie, les observations sont rares. Lieutaud cite le cas d'une rate mobile chez un malade, à qui il semblait qu'un animal courrait dans le ventre (*animalculum ventrem perrare credens*). Morgani rapporte le cas de Menfredius en 1718, dans lequel la rate était logée dans la région inguinale gauche ; il observa lui-même une énorme rate nageant dans la cavité abdominale (*natentem per totam ventris cavitatem*).

En 1869, Kurns, chirurgien à l'hôpital Sainte-Elisabeth d'Anvers, constate le premier, la torsion du pédicule, au cours d'une autopsie de malade morte d'occlusion intestinale.

Il faut arriver à Martin (1877) pour rencontrer la première splenectomie faite pour rate ectopique. Depuis

cette date, les déplacements de la rate, toujours traités par des moyens médicaux inefficaces, deviennent des maladies chirurgicales. Pendant toute la fin du siècle, Les travaux se multiplient. Ce sont : la thèse de Lief-fring (1894), inspirée par Hartmann, représentant la première étude clinique et thérapeutique vraiment importante ; celle de Darfeuille (1894), qui apporte à la pathogénie de la ptose un gros appoint, en montrant la valeur des ligaments de la rate. Faitout, en 1896, fait une revue générale de la question. Bureau (1896), réunit, sous l'instigation d'Heurtaux, plusieurs cas de torsion du pédicule et en fait le sujet de sa thèse inaugurale. A la même date, Morault, de Bordeaux, étudie aussi la torsion pédiculaire.

Durant cette période, sous l'instigation de Tuffier (1892), qui pratique la première splénopexie, après avoir eu la main forcée par une incision lombaire à la suite d'une erreur de diagnostic, le traitement chirurgical tend à devenir conservateur. En Allemagne, Bardenheuer, Grieffenhagen, en Italie, Giordano, en Hollande, Korver, indiquent des procédés de splénopexie, que modifieront bientôt les auteurs surtout étrangers (Zykov, Pitzonno, Rydigier, etc...). Alker étudie ces techniques opératoires et combat la thèse de Vanverts qui condamnait la splénopexie.

Puis les travaux deviennent plus rares ; ils seront surtout constitués par des observations suivies de commentaires. Ce sont celles de Pozzi (1903), Vincent et Cabannes (1904), Oxsos Kabel (1907), Payr (de Graz) indique en 1902 une théorie hémodynamique de la torsion du pédicule.

En 1900, les travaux sont plus importants. Certains auteurs (Danielsen, Finkelstien, Remedi) constatent les mauvais résultats de la splénopexie et s'attachent à combattre cette opération, ou plutôt à en réduire les

indications. En 1910, paraît la thèse d'Aillaud sur la torsion chronique du pédicule.

A part le travail d'agrégation (1926) de M. Ferrari, qui consacre un chapitre aux rates malariques ptosées, on ne trouve plus en France d'étude d'ensemble de la question. Certains auteurs étudient le traitement (Pauchet, Duval, Lecène et Deniker) et donnent des indications opératoires. Duval, Pétridis, Leriche et Gravier, M. Costantini, publient des observations.

C'est surtout à l'étranger que l'on trouve des travaux à ce sujet. En Italie, de nombreux auteurs s'occupent de la question, en tant que complication des splénomégalias. Santucci (1906), Rossi (1910), Tenani (1915) apportent des procédés de splénopexie. Remidi (1906), Cignozzi (1923) étudient la splénomégalie malarique et ses complications mécaniques. Silvestrini (1924), dans son traité sur la pathologie de la rate, consacre un chapitre à la splénoptose et à la splénopexie. En Amérique, les frères Mayo (1913 et 1923) rapportent des observations et des statistiques. En Allemagne, Orsos Peis (1909), Salis (1909), Brossmann (1922), Jenckel (1923), Lolar (1923) s'occupent surtout du traitement.

Pendant ces dernières années, les observations sont rares et concernent surtout les rates ptosées compliquées. Salis, Monti, Trenckler, Welti publient des cas de torsions pédiculaires avec occlusion intestinale, et indiquent leurs conceptions pathogéniques de la splénoptose.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'ectopie de la rate est une affection rare. Il n'existe guère plus de deux cent vingt à deux cent cinquante observations publiées dans la littérature médicale. Lieffring, Finkelstein, Cignozzi admettent, sans cependant vouloir en exagérer la fréquence, que les déplacements de la rate sont moins rares qu'on ne le croit.

Mais on peut dire que les splénoptoses sont extrêmement rares chez l'homme. Lieffring, dans sa thèse, ne cite que cinq observations concernant des hommes ; Manotti signale 8 femmes pour un homme ; Rémédi a vu 17 cas de splénoptose concernant uniquement des femmes ; dans la statistique de Cignozzi on trouve 80 % de femmes ; nous n'avons pu nous-mêmes, recueillir que deux cas de rate ectopique chez l'homme : ceux de Pétridis et de Trenkler. On peut donc dire que la ptose de la rate est surtout une affection de la *femme*.

C'est surtout pendant l'âge moyen de la vie, entre 20 et 45 ans, que se manifestent les symptômes de la ptose splénique ; il n'est pas rare que leur apparition soit plus précoce ou plus tardive. La malade d'Hartmann avait 18 ans, l'opérée de Céci 17. Faitout signale le cas publié par Proben concernant un nourrisson paludéen de 13 mois. La malade d'Archibald Macklaren avait 51 ans, celle de Monti 78 ans.

Nous pensons que tous ces chiffres ne correspondent pas exactement, comme nous le verrons en étudiant la pathogénie, à la date véritable d'apparition de la ptose.

En fouillant avec attention les antécédents pathologiques des malades, on arrive souvent, en les forçant en quelque sorte, à se remémorer certains troubles, à faire remonter les déplacements de l'organe, à une époque très éloignée, quelquefois jusqu'à l'enfance : les ptoses de la rate pouvant rester latentes pendant des années. Il est donc inexat de dire que cette ptose survient à un âge déterminé. Tout ce que l'on peut faire c'est de constater que les déplacements de la rate se manifestent cliniquement, le plus souvent, pendant l'âge moyen de la vie, en pleine période d'activité génitale.

Presque tous les auteurs admettent l'influence de la *grossesse* dans l'ectopie de la rate, ou, tout au moins, constatent que les malades porteuses de rate ptosées sont des multipares. Cignozzi, au contraire, donne dans sa statistique une proportion de 50 % de vierges. Il nous semble, d'après nos recherches personnelles, que ce chiffre est beaucoup trop élevé. Si la ptose de la rate se voit quelquefois chez la jeune fille ou chez la multipare, il n'en est pas moins vrai que, dans la plus grande partie des cas, les symptômes qu'elle détermine apparaissent soit au cours d'une grossesse, soit après de nombreux accouchements. Dans les observations que nous avons recueillies, il s'agit beaucoup plus souvent de multipares que de jeunes filles. Nous verrons, cependant, que nous ne donnons pas à ce facteur étiologique l'importance que certains auteurs lui accordent.

Il existe une autre donnée physiologique signalée par Cignozzi, dans l'étiologie des rates ectopiques. C'est la *forme du thorax* et de l'abdomen. Chez la plupart de ses malades atteintes de splénoptoses et en particulier chez les jeunes filles, cet auteur a observé l'étréitesse et l'allongement du thorax et de l'abdomen. Ces

dispositions sont décrites par Huchard comme prédisposantes à la ptose.

Que penser de *l'hypertrophie* de la rate en tant que facteur étiologique et en particulier de l'hypertrophie paludéenne ? Lieffring écrit que l'hypertrophie palustre est un facteur primordial. Finkelstein, que le paludisme est l'élément le plus important de la ptose splénique. Johnson réunit 39 cas de ptoses dont 12 de rate malarique, soit 38 %. Soliéri incrimine le paludisme dans 20 % des cas. Nous avons nous-mêmes trouvé des antécédents paludéens chez 26 % de malades dont nous donnons les observations.

Beaucoup plus rares sont les rates leucémiques ptosées. On n'en cite que quelques cas. Fehleisen a découvert un kyste hydatique dans une rate ectopique. Moreschi et Ghetti en rapportent un autre cas.

Nous ne faisons que signaler maintenant cette hypertrophie ; nous en discuterons plus loin la valeur en tant que cause prédisposante ou déterminante de la ptose.

Il existe d'autres antécédents pathologiques chez ces malades porteuses de rates ectopiques. On trouve dans certaines observations une *insuffisance ovarienne* fruste ou nettement caractérisée ; des troubles thyroïdiens. A côté de ces troubles des glandes à sécrétion interne se voient des *lésions du squelette* : la malade d'Hartmann présentait une scoliose à convexité gauche, celle de Martin était une cyphotique rachitique.

Il est curieux de remarquer que les ptoses de la rate sont le plus souvent isolées. Quelques rares observations indiquent une ptose viscérale concomitante. Mann cite le cas d'une ptose généralisée avec ectopie de la rate. Chez le malade de Trenkler il existait un défaut d'accolement presque total du mésocolon gau-

che et une entéroptose caractérisée. D'ailleurs, inversement, dans le cas de ptose viscérale totale ou partielle (entéroptose, hépatoptose, rein mobile), la rate reste solidement fixée dans sa loge.

Deux des malades de nos observations personnelles présentaient un prolapsus génital léger. Il existe plusieurs cas de ce genre.

Il est à remarquer que toutes les observations recueillies en Algérie, concernent uniquement des Européennes.

CHAPITRE III

MOYENS DE LA FIXITÉ DE LA RATE

Avant d'analyser, puis de synthétiser tous les facteurs étiologiques que nous venons d'énumérer, afin d'en tirer une théorie pathogénique expliquant la ptose, il est rationnel d'étudier, ou tout au moins de rappeler les moyens de fixité de la rate. L'organe ne pourra, en effet, se déplacer sans une altération des moyens contentifs qui la fixent normalement dans sa loge.

Les moyens de fixité de la rate sont nombreux, mais ne présentent pas tous la même valeur.

Ils sont constitués, en premier lieu, par les ligaments. Ces ligaments sont au nombre de trois. Ce sont : l'épiploon ou *ligament gastrosplénique* qui, logeant dans son épaisseur, les vaisseaux courts, rattachent la rate à l'estomac ; le *ligament pancréatico-splénique* qui unit la rate au pancréas et, par l'intermédiaire de cette glande, au péritoine pariétal ; c'est à son intérieur que se trouvent les vaisseaux spléniques ; enfin le *ligament phrénosplénique* dont les insertions spléniques se font sur une plus ou moins grande étendue de la face postérieure de la rate, et qui s'insère d'autre part sur le pilier gauche du diaphragme. On a l'habitude d'adjoindre à ces trois ligaments un repli péritonéal, s'étendant de l'angle colique gauche au diaphragme, repli connu sous le nom de *ligament phrénocolique* ; il embrasse dans sa concavité le pôle inférieur de la rate.

La rate est également soutenue par le rein et la capsule surrénale gauche, sur lesquels elle s'adosse.

La sangle musculaire abdominale, de même que la pression positive intraabdominale due à la présence de gaz dans l'intestin et l'estomac, sont aussi des facteurs qui maintiennent la rate dans sa loge.

Quelle est la valeur de ces moyens de fixité ? Elle a été très discutée.

Pour Constantinesco et Picou, le principal moyen de soutien de la rate est le rein gauche. C'est lui qui soutient le viscère avec le plus d'efficacité ; c'est pourquoi, quand cet organe descend, quand, par ce fait, le plancher de la loge splénique est abaissé, la rate suit le mouvement et se déplace à son tour. A l'appui de cette thèse, Picou rapporte le cas de Grieffenhagen qui constata l'abaissement de la rate chez un malade porteur d'un rein flottant gauche. Il est évident que, par suite de la situation anatomique des deux organes, le rôle du rein comme agent fixateur de la rate est important ; mais cependant il ne faut pas l'exagérer. Lorsque les moyens de fixité supérieurs de la rate, c'est-à-dire les ligaments appelés ligaments suspenseurs, sont longs, lorsque le ligament phréno-colique qui embrasse le pôle inférieur du viscère, est lui-même déficient, la rate glisse avec facilité sur la surface du rein. Il existe un argument clinique en faveur de l'inefficacité relative du rein comme moyen de soutien de la rate. Cet argument est tiré de la pratique courante : le rein est un organe qui se déplace avec une grande facilité ; la rate au contraire demeure le plus souvent enclavée dans sa loge.

Il faut donc avec Testut et Jacob, Rouvière et d'autres auteurs, revenir aux conceptions des anatomistes du siècle dernier, et dire que les principaux moyens de fixité de la rate sont ses ligaments.

Darfeuille démontra expérimentalement leur valeur. Ces travaux sont rarement cités. Il semble pourtant,

lorsqu'on considère les conditions expérimentales qui présidèrent à leur exécution, qu'ils doivent être retenus et pris en considération. Cet auteur opéra toujours sur des cadavres frais, non formolés, de tout âge et de tout sexe, sur des sujets morts de maladie ou d'accident. Il démontra ainsi la valeur incontestable du ligament phrénosplénique. C'est pour lui le véritable ligament suspenseur de la rate, puisque ce ligament peut, sans se rompre, supporter un poids de 3 kilogr., 5 à 4 kilogr., c'est-à-dire un poids 20 fois supérieur à celui de la rate normale. Il étudia aussi la valeur des ligaments pancréatico-splénique et gastrosplénique, et démontra qu'il fallait pour les arracher une traction lente et douce dépassant 3 kilogr. Ces deux derniers ligaments cependant, ne jouent pas vraiment de par leur direction, un rôle de soutien. Ce rôle consiste principalement à maintenir la rate dans sa position, à empêcher l'organe de se déplacer suivant un plan horizontal, lors de mouvements brusques, lors des modifications de la pression intraabdominale, enfin, lors de la diminution de la tonicité musculaire abdominale.

On peut donc conclure, et cela avec de nombreux auteurs, que les ligaments de la rate, bien qu'ils permettent une certaine mobilité à l'organe, sont plus que suffisants pour assurer sa fixité.

Aussi, essaierons-nous de chercher, dans l'étude de la pathogénie de l'ectopie splénique, les causes amenant la déficience de cet appareil ligamentaire.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Les altérations anatomiques susceptibles de produire une déficience des moyens de fixité telle, que la rate sorte de sa loge pour s'ectopier dans l'abdomen, ont été considérées par la majorité des auteurs sous un aspect qui nous paraît devoir être modifié.

Pour ceux-ci, les déplacements de la rate sont le plus souvent acquis. Quand on ne peut les expliquer par des commémoratifs, ces déplacements sont dits congénitaux.

Lieffring, Bureau, d'autres auteurs Français, Américains et Allemands, Silvestrini et l'école Italienne, admettent comme principal facteur de l'ectopie de la rate, l'*hypertrophie* de l'organe. Pour eux, l'augmentation du poids détermine l'allongement progressif des ligaments qui, tiraillés par une tumeur beaucoup plus lourde que l'organe normal, finissent par s'étirer et se laisser distendre.

On peut adresser deux critiques à cette conception : d'une part, selon Darfeuille, les moyens de fixité de la rate sont en temps ordinaire plus que suffisants pour soutenir un organe même fortement hypertrophié ; d'autre part, la rate ectopique est souvent de volume normal. Un autre élément vient à l'encontre de cette manière de voir. C'est celui que l'on peut tirer de l'observation des malades porteurs de grosses rates et en particulier de grosses rates *paludéennes* puisque pour certains auteurs (Fenkelstein, Cignozzi, etc...) ce sont surtout les rates palustres qui se dépla-

cent. Or, s'il existe un pays, où les splénomégalias sont fréquentes, c'est bien le nôtre. Il n'est pas un service d'hôpital, en Algérie, qui ne possède un ou plusieurs malades présentant une grosse rate.

Nous avons donc pu voir nous-mêmes une quantité assez considérable de splénomégalias ; nous avons observé des rates énormes qui descendaient jusque dans le petit bassin. Mais on ne peut parler de ptoses, dans ces cas, puisque le pôle supérieur de l'organe se trouve toujours en place, au contact du diaphragme.

Sous l'instigation de notre Maître M. le Professeur Costantini, nous avons demandé à nos Maîtres des Hôpitaux d'Alger, à certains Médecins de l'Afrique du Nord, des observations de rate déplacée. Nous n'avons pu en recueillir qu'un nombre minime, par rapport à la grande quantité de splénomégalias observées dans les foyers paludéens ou ailleurs. Nous pouvons donc conclure, à l'encontre de Finkelstein, Cignozzi et d'autres, que le paludisme et l'hypertrophie splénique en général, ne sont pas des facteurs déterminants de la chute de l'organe. Nous indiquons plus loin la valeur que l'on doit leur accorder.

Faut-il admettre l'hypothèse émise par Pozzi, à savoir que le paludisme peut agir comme facteur dystrophique au niveau des ligaments de la rate, en rendant ses ligaments moins solides et plus minces, facilitant ainsi leur élévation ? Cette hypothèse n'a pu être vérifiée et ne demeure encore qu'une vue de l'esprit.

Devons-nous avec la majorité des auteurs, établir une relation de cause à effet entre les facteurs étiologiques que nous avons étudiés et la chute de la rate ? Nous pensons que non.

En constatant chez les malades atteints de splénoptose le nombre élevé de femmes, et parmi ces

femmes, le chiffre important de multipares, Lieffring, Bureau se sont demandés qu'elle pouvait être *l'influence de la grossesse* dans les déplacements spléniques. Parmi eux et c'est encore actuellement l'opinion presque unanimement admise, la grossesse, ou plutôt les conséquences de la grossesse, c'est-à-dire les efforts d'accouchements et, ce qui en résulte souvent, la moindre tonicité de la sangle abdominale, ont une importance capitale dans cette affection et peuvent arriver à la produire à elles seules. Lieffring cite le cas d'une femme qui, s'étant levée trop tôt après un accouchement, sentit dans son ventre une tumeur, que l'on diagnostiqua plus tard rate ectopique.

Que la grossesse pour les raisons invoquées, joue un rôle dans la ptose, ceci est indiscutable. Mais il ne faut pas conclure cependant, qu'elle peut la déterminer à elle seule. Les multipares à ventre flasque sont très nombreuses. Celles qui présentent une ptose de la rate sont très rares.

Il en est de même de tous les facteurs que l'on considère habituellement comme déterminant la ptose : la déplétion brusque des anses intestinales, les efforts violents, les efforts répétés et prolongés, le port du corset ; de même les déformations congénitales ou acquises du squelette, c'est-à-dire le thorax étroit de Huchard, les scoliozes, les bassins coxalgiques, etc... Toutes ces causes prédisposent évidemment à la ptose, mais leur valeur est loin d'être celle qu'on leur a attribuée. La flaccidité de l'abdomen, les efforts, les traumatismes ont été à l'origine des troubles, cité de nombreuses fois, comme on pourra s'en rendre compte en lisant les observations incluses dans ce travail, mais, s'ils ont été le point de départ des premiers symptômes apparents, il n'en est pas moins vrai qu'il faille admettre comme véritable origine de la ptose,

des modifications des moyens de fixité, modifications que toutes ces causes expliquent difficilement. Or, les principaux moyens de fixité de la rate sont ses ligaments et en particulier le ligament phrénosplénique. Il faut donc au point de départ de la ptose une *modification de la tonicité de ces ligaments ou une malformation entraînant leur allongement excessif*.

Okinzic en étudiant les ptoses viscérales en général, combat la thèse de Glenard qui accusait la grosseesse de déterminer des lésions de la fibre musculaire viscérale et pariétale, et par conséquent, le relâchement des ligaments suspenseurs. Pour cet auteur ainsi que pour Carajannopoulos qui réunit des observations nombreuses et probantes « la cause de la ptose vis-
« cérale ou plutôt pour parler plus exactement, la
« cause de l'abaissement de la tonicité et l'atrophie
« musculaire de la sangle abdominale et du plancher
« pelvien, ainsi que le relâchement des ligaments sus-
« penseurs, sont dus à un trouble d'innervation mo-
« trice, sensitive et trophique. Ce trouble, qui inté-
« resse tout particulièrement le domaine du sympa-
« thique, résulte d'un défaut de la sécrétion interne,
« et particulièrement chez la femme, d'un trouble de
« la sécrétion ovarienne (Carajannopoulos) ».

En fouillant les antécédents génitaux des malades atteintes de ptose splénique, on trouve, en effet chez quelques unes, des insuffisances ovariennes frustes ou nettement caractérisées. Ce sont le plus souvent des jeunes filles ou des jeunes femmes : telle la malade d'Hartmann, âgée de 17 ans, celle de Pozzi, âgée de 21 ans, le cas cité par Aillaud, celui de Spencer-Wells.

Nous n'avons pas à discuter ici de l'influence du sympathique sur les glandes à sécrétion interne et des effets de l'insuffisance ovarienne sur les ptoses en général. Aussi nous bornerons-nous à mentionner

cette théorie. Elle semble être démontrée pour les ptoses intestinale, rénale, ou même hépatique. Doit-elle être admise pour les ptoses spléniques ? Okinzie, Carajannopoulos ne citent aucun cas d'observation de splénoptose. De plus, dans la majorité des cas, les ectopies de la rate sont isolées, accompagnant avec une extrême rareté d'autres ptoses viscérales. On n'en cite que des exemples peu nombreux : ptose de la rate et du rein (Soulié), de la rate et du colon gauche (Trenkler).

Plus souvent l'ectopie de la rate se rencontre avec le prolapsus génital. Mais dans ces cas, il s'agit de grandes multipares, dont la descente des organes du petit bassin peut s'expliquer par des traumatismes obstétricaux au niveau du diaphragme pelvien et du périnée.

Il s'emble donc que cette théorie s'adresse plutôt aux organes dont les moyens de fixité sont normalement beaucoup moins puissants que ceux de la rate. Aussi devons-nous chercher dans une cause purement anatomique l'origine de la splénoptose. L'étude *embryologique des ligaments de la rate* nous fournira cette explication.

La rate se développe dans le mésogastre, entre l'extrémité ou queue du pancréas et la grande courbure de l'estomac. D'après Frédet, elle s'évagine très rapidement du mésogastre, en soulevant sa séreuse postérieure et gauche et se pédiculise en entraînant ses vaisseaux (Frédet).

A ce stade, la rate est mobile sur les ligaments phréno-gastrique et pancréatico-gastrique, formés par la partie non soudée du mésogastre. Sa situation est telle, que l'on peut diviser ses ligaments en deux segments secondaires : l'un situé derrière le pédicule splénique, constitue le ligament phrénico ou phréno-

splénique (au-dessus du pancréas) ; le segment prolongeant le pancréas et le ligament pancréatico-splénique ; l'autre, juxta stomacal, est le ligament contenant les vaisseaux courts, ou ligament gastro-splénique.

Si le processus d'accolement des feuillettes ne se poursuit pas, la rate demeure mobile.

Mais le plus souvent, ce recessus formé d'une part par le péritoine rénal et pariétal postérieur, d'autre part par le feuillet postérieur des ligaments pancréatico et phréno-splénique, est comblé par suite de l'accolement plus ou moins complet de ce cul-de-sac que M. Ferrari appelle : cul-de-sac pancréatico-spléno-rénal. Il est comblé généralement jusqu'au niveau de la moitié de la face antérieure du rein ; aussi le ligament phréno-splénique présente-t-il une solide base d'implantation phrénique. Telle est la disposition décrite par Braune et que Frédet indique comme étant la plus fréquente.

C'est cette largeur de la zone postérieure d'accolement du ligament phréno-splénique et la participation fréquente à la formation de ce ligament de la queue du pancréas, qui firent donner à cette zone postérieure le nom de zone d'accolement pancréatico-phrénico-splénique (M. Ferrari).

On conçoit que la mobilité de la rate soit rendue très grande par le défaut d'accolement du feuillet postérieur des ligaments phréno-splénique et pancréatico-splénique. Le pédicule présente alors *congénitalement* une longueur excessive.

Il existe encore une disposition anatomique qui donne au pédicule une longueur plus grande que la normale. C'est l'accolement du feuillet postéro-interne du ligament gastro-splénique ou feuillet antérieur du ligament pancréatico-splénique.

De cette étude embryologique, il résulte que l'on doit incriminer comme cause principale de l'ectopie de la rate, ces malformations congénitales des ligaments, ce défaut d'accrolement qui font que, la rate étant très mobile, la ptose existe, en puissance, dès la naissance.

Bonome pensait déjà que la spléno ptose nécessitait des altérations congénitales, portant sur l'origine et la distribution des vaisseaux. Le cas de notre Maître M. le Professeur Costantini en est un exemple.

Trenkler et Monti parlent aussi des malformations congénitales. M. Ferrari dans son travail d'agrégation expose cette opinion avec netteté.

Nous conclurons donc que les causes invoquées par les différents auteurs, c'est-à-dire : hypertrophie splénique, diminution de la tonicité musculaire, efforts répétés, déplétion intra-abdominale, etc..., ne présentent plus que des *causes occasionnelles* de la ptose splénique. Il existe à l'origine de l'ectopie de la rate une *malformation congénitale de l'appareil ligamentaire*. C'est par suite de causes adjuvantes que la ptose se produit, mais elle existe *en puissance*, dès la naissance.

PATHOGÉNIE DES COMPLICATIONS

Nous verrons en étudiant l'anatomie pathologique et la clinique de l'ectopie de la rate, que cette affection s'accompagne fréquemment de complications.

La pathogénie des complications autre que la torsion est facile à comprendre. C'est la présence d'adhérences sur le pédicule ou sur la rate elle-même qui explique : la subocclusion, l'occlusion intestinale aiguë,

la compression d'un organe quelconque. Peut-être pourrait-on faire intervenir dans la rupture complète du pédicule de la rate ectopique pure, les troubles endocriniens dont parlent Okinczic et Carajannapoulos.

Plus nombreuses sont les interprétations pathogéniques de la torsion du pédicule des rates ectopiées.

Pour Bureau, et c'est l'opinion généralement admise, la torsion peut se produire dans trois circonstances différentes :

1° Lorsque la rate, très mobile, possède un pédicule long, sans adhérences. C'est le fait le plus commun ;

2° Quant la rate s'enclave dans le petit bassin, la torsion est contemporaine de l'enclavement ou le précède (Monti) ;

3° Dans le cas où la tumeur, par le fait d'adhérences préalables, n'est pas complètement mobile, la torsion s'effectuera en dépit de ces adhérences lorsqu'elles existent d'un côté seulement ; le centre de gravité se déplace alors du fait de l'accroissement inégal de la rate et celle-ci est entraînée du côté opposé.

Nous admettons avec la plupart des auteurs, les conclusions de Bureau. Mais il nous semble qu'il faille faire des réserves en ce qui concerne la présence des adhérences, avant tout phénomène de torsion de la rate ectopique *saine*. Nous verrons en étudiant l'anatomie pathologique que ces adhérences ne sont pas produites par une périsplénite au sens vrai du mot ; que cette périsplénite n'est pas d'origine microbienne, mais qu'elle est due à la torsion elle-même.

Nous supposons à l'origine de cette périsplénite, de petites crises de torsion dans lesquelles le pédicule ne décrit qu'un cadran de cercle, petites crises se traduisant en clinique par des symptômes peu marqués, mis souvent au compte de l'ectopie pure, mais qui

sont susceptibles, en produisant une congestion, une stase sous-capsulaire et l'immobilité temporaire de l'organe, de déterminer l'apparition d'adhérences.

A notre avis ces petites crises de torsion peuvent se produire à la suite de causes tout à fait insignifiantes, qui, en mobilisant tant soit peu la tumeur, provoquent des mouvements de rotation. Les efforts, les mouvements brusques, la déplétion intestinale, le fait de soulever un fardeau, l'accouchement sont des facteurs que nous envisageons.

C'est avec ces réserves que nous admettons la possibilité d'une torsion *cliniquement* primitive d'une rate adhérente. Dans ces cas, il est évident que le déplacement du centre de gravité peut entraîner une rotation de l'organe sur son pédicule. Aussi conçoit-on la fréquence de la torsion du pédicule des rates ptosées-hypertrophiées ou étant le siège d'une tumeur. Nous avons pu vérifier théoriquement ces faits en compulsant les observations. C'est pourquoi nous disons que si le paludisme ou tout autre élément physiologique ou pathologique produisant la splénomégalie,— n'entre dans la pathogénie de la ptose elle-même que comme facteur peu important, il est au contraire souvent une cause déterminante de la torsion.

Payr a essayé d'expliquer la torsion par une toute autre théorie. Pour cet auteur c'est l'état des vaisseaux du pédicule qui joue le plus grand rôle. Les veines du pédicule sont beaucoup plus longues et plus flexueuses que les artères. Qu'il se produise une gêne quelconque dans la circulation de retour, il s'en suit une exagération du calibre et des sinuosités des veines spléniques, qui entourent l'artère, beaucoup plus résistante. Cette disposition entraîne la rotation de la rate, mobilisée par des efforts ou des mouvements plus ou moins violents. C'est la *théorie hémodynamique*.

Nous ne saurions admettre cette conception. Pour de nombreux auteurs (Trenkler, Monti, Silvestrini, etc...), la dilatation veineuse est produite par la torsion elle-même et résulte de la gêne de la circulation de retour par suite de la striction du pédicule. La ptose, par elle-même, ne produit pas la dilatation des veines pédiculaires. Seule l'hypertrophie malarique ou d'autre nature, en intensifiant la circulation dans la rate amène un accroissement de volume des vaisseaux spléniques. Or, dans ces conditions, en supposant même que les veines sinueuses s'enroulent en spirale autour de l'artère, peut-on admettre que la force du courant sanguin, ou, dans la stase, la puissance d'élasticité des tuniques veineuses soient suffisantes pour provoquer la rotation d'un organe hypertrophié pesant un ou deux kilos, parfois davantage ? Ceci nous paraît bien douteux.

Nous dirons, en résumé, que la torsion pédiculaire est prédisposée par la longueur du pédicule, entraînant une mobilité excessive de la tumeur ; que les adhérences, en pouvant être une cause prédisposante de la torsion cliniquement et anatomiquement contrôlable, sont généralement produites dans les cas de rate ectopique non pathologique par des phénomènes mécaniques consistant en rotation incomplète du pédicule. Enfin, que la torsion est produite par des causes extrinsèques (efforts, traumatismes, etc...) ou intrinsèques (déplétion des organes abdominaux, hypertrophie splénique) qui, en modifiant la situation de l'organe, peuvent entraîner la rotation de son pédicule.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la rate ectopique a été relativement bien étudiée dans son ensemble. Mais l'interprétation des lésions peut prêter à discussion. En effet, telles lésions attribuées à la ptose simple doivent, au contraire, faire poser le diagnostic de complications, qui, pour n'être pas évidentes dans certains cas, n'en sont pas moins probantes lorsqu'on en analyse de près les effets. Nous essayerons donc de reprendre cette étude anatomopathologique et afin d'éviter toute confusion, nous décrirons les lésions produites d'abord par la ptose simple, puis par les complications de cette ptose.

RATE ECTOPIQUE SIMPLE

La rate ectopique peut occuper les régions les plus éloignées de la loge splénique : le petit bassin (MM. Vincent et Cabannes, Prochowineck, etc...), la fosse iliaque droite (M. Costantini, Welti), la région sous-hépatique ou le flanc droit. Morgani, Ruysch l'auraient même rencontrée dans le sac d'une hernie inguinale. Mais, c'est le plus souvent au niveau de la partie gauche de l'abdomen que se trouve la tumeur. Pour Cignozzi, le processus de la descente est le suivant : dans un premier temps, la rate est dite en *ectopie lombaire*, son pôle inférieur descend jusqu'au voisinage de

l'ombilic, son pôle supérieur est encore situé sous les fausses côtes. Puis, par suite de la traction exercée par son pédicule vasculaire, la tumeur subit un mouvement de rotation qui rapproche son grand axe de l'horizontale (*ectopie périombilicale*) ; en continuant sa descente, elle arrive dans la fosse iliaque gauche (*ectopie iliaque gauche*). A ce moment, la mobilité est telle que la rate peut se déplacer transversalement et être alors en *ectopie hypogastrique* ou en *ectopie iliaque droite*. Ces divers temps sont étudiés par Cignozzi dans la ptose des rates malariques. Nous pensons que les rates saines ou paraissant saines se déplacent de la même façon.

Nous répétons qu'il y a aucune raison d'exclure du cadre des ptoses spléniques, les rates malades et hypertrophiées, sous le prétexte que pour ces rates malades la ptose n'est qu'une complication secondaire.

Parfois énormes pesant 3 kilogr. et plus, les rates ectopées peuvent garder leur volume et leur poids normaux, ou être légèrement atrophiées (M. Costantini). Mais il faut bien mettre en évidence que la ptose splénique pure n'entraîne par elle-même, aucune augmentation de volume de l'organe. Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une grosse rate ptosée, dont l'augmentation de volume n'aura pu être expliquée par des phénomènes physiologiques ou pathologiques, il s'agira d'une splénoptose compliquée.

De couleur normale, gris bleuté ou rouge brun, la surface de la tumeur peut présenter de petites lésions de la capsule se traduisant par la présence à son niveau de tissu cicatriciel.

La forme varie beaucoup. Tantôt rappelant celle de la rate normale, elle est le plus souvent tout à fait irrégulière, par suite de la facilité que possède la rate de se modeler sur les organes qui l'environnent.

Les *modifications du pédicule* sont intéressantes à étudier. D'une très petite longueur sur la rate normale, le pédicule peut atteindre sur l'organe ptosé des dimensions excessives : 6, 8, 10 centimètres dans les cas les plus fréquents. On cite des cas extrêmes dans lesquels le pédicule demeure très court (Ceci) ont atteint une longueur démesurée (25 centimètres dans l'observation de Mac Donald et Mackay). La largeur est également variable de même que l'épaisseur : très gros parfois, il peut être lamelliforme (Hartmann), présenter l'aspect d'un cordon ombilical. Il est toujours formé des ligaments gastro-pancréatico-spléniques ; aussi la queue du pancréas peut-elle en faire partie. Certains auteurs ont pu reconnaître les vestiges du ligament phréno-splénique qui constituaient une des faces de ce pédicule. Le ligament phréno-colique n'existe généralement plus.

Chez la malade de notre Maître M. le Professeur Costantini, on trouva une particularité tout à fait curieuse. L'artère splénique naissait de la gastro-épiploïque droite. Le pédicule au lieu de se diriger vers l'hypochondre gauche filait vers le pylore. Une opération ultérieure que notre Maître pratiqua quelques mois plus tard, permit de vérifier ce fait. Nous avons recherché dans la littérature, d'autres cas semblables. Nous n'avons pas trouvé d'anomalie de ce genre. Pour Rio Branco, les anomalies d'origine de la splénique sont excessivement rares.

C'est à tort, à notre avis, que l'on a considéré comme fréquente *l'augmentation du volume des vaisseaux* dans l'ectopie splénique pure. Si l'on rencontre fréquemment cette modification, c'est que la rate ectopique pure est rare, que la splénoptose s'accompagne de complications parfois insoupçonnables cliniquement, mais qui, déterminant une compression plus ou moins

intense des vaisseaux péculaires, amènent une stase veineuse intrasplénique d'où dilatation vasculaire.

On peut se rendre compte, après cette étude des modifications de longueur du pédicule, qu'un des signes de la ptose splénique sera la mobilité de la tumeur. Mais il arrive que la rate devienne fixe, ectopique dirait Silvestrini, en contractant des adhérences avec les organes voisins. A propos de ces adhérences, M. Ferrari écrit ceci : « La périssplénite constitue le facteur unique de fixation de la rate en position normale. De plus, la ptose par elle-même ne paraît pas devoir être une cause favorable à son développement. Si la périssplénite naît autour d'une rate mobile, c'est à la suite d'accidents de torsion. Du reste, nous l'avons notée fréquemment dans le cas de rate immobile, enclavée dans l'hypochondre gauche. Ces constatations nous conduisent à conclure que la périssplénite est plutôt la conséquence de phénomènes mécaniques que celles de phénomènes inflammatoires ». Cependant, sur une rate malade hypertrophiée, on peut constater la présence de brides, d'adhérences semblant résulter uniquement de l'affection ayant causée l'hypertrophie.

Nous devons signaler que l'on s'est trouvé dans quelques cas (M. Costantini, M. Brun) en présence de rates surmunéraires chez les malades porteurs de splénoptose.

Les lésions microscopiques provoquées par la ptose elle-même sont minimes. Elles consistent surtout en une hyperplasie, une sclérose légère du tissu conjonctif. Le plus souvent la rate est absolument normale (Riédel).

RATES ECTOPIQUES COMPLIQUÉES

Dans ces cas, les lésions peuvent tenir d'abord à la présence d'adhérences, qui, fixant la pédicule et la tumeur au péritoine ou à un viscère voisin entraînent la formation de brides cicatricielles produisant une subocclusion du colon (M. Brun), ou de tout autre portion de l'intestin. La rate se fixant dans une position éloignée de son point d'attache, le pédicule étiré, tendu, peut comprimer une anse intestinale et provoquer une occlusion intestinale aiguë (Monti). Enfin, on cite un cas dans lequel la rate avait perdu toute connexion avec son pédicule (Pozzi).

Ce que l'on observe le plus souvent est *la torsion du pédicule* de la rate ectopiquée.

Cette torsion se fait le plus souvent de gauche à droite, rarement en sens contraire (MM. Vincent et Warot). Elle est généralement maintenue par des adhérences faciles à rompre (cas de torsions aiguës et récentes) ou fibreuses et difficilement rompues (torsion subaiguë et chronique).

Le volume du pédicule, sans tenir compte de celui des vaisseaux est très variable, de même que ses dimensions. Par suite de sa grande élasticité, sa longueur n'est généralement pas diminuée par la torsion (Bureau).

Quant au *nombre de spires*, que le pédicule décrit sur lui-même, il varie dans de grandes proportions. D'un demi (Edward Malins) à 5, les spires sont en moyenne de 1 à 2.

Cette torsion pédiculaire va produire au niveau du pédicule lui-même, de la rate et des organes voisins, des lésions que nous allons étudier.

L'augmentation parfois considérable du volume des

vaisseaux permettra d'affirmer la torsion. Même dans les cas, où la détorsion s'est produite avant la laparatomie, la constatation de vaisseaux pédiculaires énormes devra faire poser le diagnostic de torsion. Le mécanisme de ce phénomène est facile à comprendre. C'est le même qui se produit lors de la torsion d'un kyste de l'ovaire par exemple. L'artère, beaucoup plus centrale et peu compressible, continue à apporter du sang dont le retour est gêné par l'aplatissement des veines beaucoup moins résistantes et périphériques. Ce phénomène explique aussi la stase dans la rate.

Dans le cas de Lawranson, les veines étaient aussi volumineuses que l'intestin. La rate ptosée enlevée par Pétridis présentait un pédicule de la grosseur du poing entre la tumeur et le point étranglé, alors qu'au-delà le pédicule n'était pas plus gros que le doigt.

La striction peut n'être qu'incomplète, permettant une circulation sanguine partielle; ce sont les cas de torsion subaiguë ou chronique. Dans les cas aigus au contraire, il se produit un œdème progressif du pédicule, qui, en amenant une striction complète des vaisseaux provoque au point étranglé l'apparition d'un sillon d'élimination pouvant entraîner la rupture totale du pédicule.

La thrombose des vaisseaux a pour conséquence la production d'une stase sanguine intrasplénique. Cette volume de l'organe, que celui-ci est triplé ou quadruplé. A un premier stade il n'existe qu'une stase passive sans infarctus hémorragiques. La tumeur est simplement turgescence rouge brun et indurée (Hartmann). Il suffit alors d'exprimer le sang contenu dans le parenchyme pour réduire l'organe à son volume normal. C'est ce qui se produit en somme *in vivo* dans les cas de torsions intermittentes. Dans un deuxième stade, on pourra trouver des hémorragies sous-capsu-

laïres (Macall), des infarctus localisés dans une partie de la tumeur, ou enfin extra capsulaires, amenant la rupture de l'organe. Dans ce dernier cas, on ne trouve plus qu'une bouillie rougeâtre ayant l'aspect d'un placenta (Aillaud).

Enfin la nécrose et la gangrène de la rate sont les aboutissants de ces torsions pédiculaires.

De tous ces examens, on pourra déduire la forme clinique de la torsion. Le microscope qui montrera des lésions de sclérose diffuse ou d'infarctus anciens, permettra de conclure à des accidents de torsion antérieurs, et quelquefois d'aider au diagnostic de torsion intermittente.

Les phénomènes de torsion pédiculaire s'accompagnent toujours de *lésions de voisinage*.

Ce sont d'abord des adhérences à l'intestin, l'épiploon (Pétridis), l'utérus, le colon, adhérences qui sont parfois très denses et si difficiles à détruire qu'elles peuvent gêner considérablement l'ablation de l'organe.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate parfois la présence de liquide ascitique ou même purulent (Hartmann). Ce fait se rencontrera principalement dans la torsion aiguë ou subaiguë. D'ailleurs, la présence d'un liquide purulent, la constatation de la péritonite est la règle lorsque le pédicule tordu comprimant une anse intestinale, apparaît l'occlusion aiguë. Ces cas d'occlusion sont loin d'être rares. Nous en rapportons plusieurs observations (Trenkler, M. Ferrari, etc...).

L'étude de ces lésions constatées chez les malades opérés ou autopsiés, vont nous permettre de bien comprendre la symptomatologie et l'évolution des rates ectopiques et de leurs complications.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la ptose splénique a été généralement bien étudiée. En particulier, Lieffring dans sa thèse, Faitout en donnant un bon tableau clinique. Mais, à notre avis, ces auteurs n'ont pas suffisamment dégagé les symptômes appartenant à la ptose splénique pure de ceux occasionnés par les complications de cette ptose (torsions subaiguës et torsions intermittentes du pédicule).

Plus récemment, l'école Italienne avec Silvestrini, Cignozzi, tranche d'une façon plus nette la symptomatologie. Mais cette distinction n'est tout de même pas posée d'une façon précise. Lorsqu'on compulse les observations publiées, on constate le plus souvent, une mauvaise interprétation des symptômes, une classification erronnée.

Lieffring écrit que le début de la splénoptose peut être brusque. Ceci est difficile à expliquer, si ce n'est en faisant intervenir une complication de l'ectopie, ce que nous avons pu vérifier dans toutes les observations recueillies par cet auteur. Cignozzi a montré la chute lente de l'organe ; nous avons insisté sur ce fait en étudiant la pathogénie. Le début brusque après un traumatisme, un accouchement, est difficilement conçu. Que les malades s'aperçoivent après un accident ou un accouchement de la présence d'une tumeur, cela est possible et même certain, puisque de nombreux exemples le prouvent. Mais nous avons vu que la maladie existe déjà dès la naissance, que les causes

externes ne sont que des causes occasionnelles révélant la présence d'une tumeur passée jusqu'alors inaperçue ou haut située dans le flanc gauche. C'est d'ailleurs généralement plusieurs semaines ou plusieurs mois après ces accidents qu'apparaissent les signes de l'ectopie.

L'apparition de ces signes est très lente, très insidieuse ; tout au moins en ce qui concerne les troubles fonctionnels. Ce sont généralement ces troubles fonctionnels qui ouvrent la scène. Il est rare, mais cela se voit, surtout chez les individus maigres, que ce soit la présence d'une tumeur abdominale qui révèle la maladie.

Quelquefois, la rate ectopiée n'occasionne aucun trouble durant toute la vie. Elle n'est qu'une trouvaille d'autopsie. Mais, le plus souvent après un accouchement, une fatigue, des douleurs abdominales apparaissent ; peu intenses d'abord, consistant en une gêne dans l'hypochondre gauche, en sensation de pesanteur, en troubles digestifs, nerveux, en phénomène de compression intraabdominale qui finissent bientôt par inquiéter les malades.

Nous allons étudier chacun de ces signes.

SIGNES FONCTIONNELS

1°) *Symptômes douloureux :*

Quelquefois ils n'existent pas. La malade de Lieutaud sentait simplement une tumeur indolore intra-abdominale qui lui donnait la sensation d'un animal errant dans le ventre.

Cependant, les phénomènes douloureux manquent rarement. Ce qui varie c'est *l'intensité* de la douleur.

Aussi est-il parfois difficile de faire préciser aux malades la date d'apparition de cette douleur. On est parfois obligé en quelque sorte, de leur rappeler de petites crises douloureuses, des pesanteurs abdominales après une fatigue. Ce n'est qu'après l'intervention et après un interrogatoire serré que la malade de MM. Vincent et Cabannes se souvint qu'elle souffrait du ventre depuis 10 ans. Donc le symptôme douleur, même quand il existe peut n'être au début que très peu marqué. Aussi distinguerons-nous deux stades dans l'évolution de cette douleur. La malade de Jémoli et celle de notre Maître M. le Professeur Costantini nous paraissent des exemples typiques.

Dans un premier stade, la douleur est peu intense, supportable. Elle consiste surtout en une sorte de gêne indéfinissable, de pesanteur à l'épigastre, dans l'hypochondre, dans la fosse iliaque gauches. Ces douleurs sont vite calmées par le repos et le décubitus dorsal. Parfois, la douleur est vague, généralisée à tout l'abdomen ; d'autre fois, elle est surtout marquée aux lombes, dans les flancs, mais on ne peut parler véritablement de points douloureux. Déjà, même à ce stade, l'intensité des phénomènes douloureux varie pour chaque malade. Presque nulles chez les sujets sédentaires, ne se livrant à aucun travail, chez lesquels la rate ptosée n'est que peu mobilisée, les douleurs sont au contraire accrues par la marche, les stations debout prolongées. Les mouvements brusques, le saut, la danse qui permettent une mobilisation de la tumeur, exacerbent la douleur. Lorsqu'elle se retournait brusquement dans son lit, une de nos malades avait l'impression « qu'on lui tirait sur son estomac ». Il est rare qu'à ce stade les douleurs soient assez intenses pour amener les malades à consulter. Ceux-ci les attribuent quelquefois à des causes indépendantes de la tumeur abdominale qu'ils ont parfois remar-

quée. Pour notre malade, tous les troubles ressentis, étaient dus à une hernie crurale. D'autres, telle la malade de Jémoli, celle d'Engel, dont les symptômes douloureux du début, peu intenses, étaient survenus quelques semaines après un accouchement, incriminaient leur grossesse.

La durée de cette étape douloureuse est très variable. C'est généralement par années qu'il faut la chiffrer, la ptose se traduisant au point de vue fonctionnel, uniquement par ces petits malaises. Mais le plus souvent, c'est tout au moins ce que permettent de conclure les observations des malades suivis, les phénomènes douloureux se caractérisent de plus en plus, ou comme nous le verrons plus loin, la ptose se complique.

Dans le deuxième stade, les douleurs sont plus violentes, sourdes, *continues*. Les travaux exécutés debout, la marche, deviennent excessivement pénibles ; l'estomac, l'hypochondre gauche sont tiraillés ; ils sont le siège de crampes intenses. La tumeur elle-même devient douloureuse, tout en gardant le même volume. Le moindre effort entraînant son déplacement, peut faire pousser des cris au malade. La femme que nous avons observée, souffrait tellement quelque temps avant son intervention qu'elle se pliait en chien de fusil, tenant à pleine main sa tumeur, la remontant vers les parties supérieures de l'abdomen, ce qui diminuait ses douleurs. La malade de Salis avait dû subir de nombreuses injections de morphine. A ce moment, les localisations douloureuses sont plus précises. Elles siègent au niveau de la tumeur, changeant de place avec elle. Dans le cas publié par Prochownick, la douleur amenait une boiterie à gauche quand la tumeur se trouvait dans la fosse iliaque gauche, à droite, lorsque la tumeur était à droite. On rencontre des irradiations vers les lombes (Julius Metzges), vers l'épaule (Ceci).

Enfin, il arrive un moment où les malades sont obligés de venir demander un remède à leurs maux, d'autant que ces phénomènes douloureux deviennent généralement continus et s'accompagnent d'autres troubles fonctionnels.

Les crises douloureuses aiguës que signalent la plupart des auteurs ne sont pas dues, à notre point de vue, à la ptose elle-même. Ce sont des torsions intermittentes du pédicule, complications que nous étudierons plus loin, qui les produisent ;

2° *Autres signes fonctionnels :*

Ce sont généralement des *troubles digestifs*, d'origine réflexe : de l'anorexie, des nausées, des digestions pénibles et lentes. Les nausées peuvent être dues au tiraillement de l'estomac par le pédicule de la tumeur.

Des *troubles cardiaques* : palpitations, syncopes parfois (Jemoli). Il peut exister de la dyspnée.

Lorsque la douleur est intense, elle amène souvent des *troubles nerveux* : céphalée, perte de sommeil, vertiges (Nilson). La malade que nous avons observée était devenue hypochondriaque, ne sortant plus de chez elle, demeurant même alitée pour ne pas augmenter sa douleur.

Tous ces troubles sont présentés par les malades à des degrés variables. Tels n'en présentent aucun, d'autres, au contraire, en sont fort tourmentés.

D'aucun de ces signes, pas plus d'ailleurs que des caractères de la douleur, on ne peut tirer de symptôme pathognomonique. C'est l'examen physique qui guidera plutôt vers le diagnostic.

SIGNES PHYSIQUES

Ils gravitent autour de la présence intra abdominale de cette tumeur qu'est la rate ptosée

La simple *inspection* ne pourra donner de renseignements lorsqu'on aura affaire à un malade gras, surtout si la rate est de volume normal et à plus forte raison si elle est atrophiée. Au contraire, chez les sujets maigres à paroi abdominale flasque, on pourra parfois reconnaître à la vue une tuméfaction, un soulèvement localisée de l'abdomen.

L'étendue de cette déformation dépend naturellement du volume de la rate et de sa situation plus ou moins antérieure par rapport à la masse intestinale. Le plus souvent, comme nous l'avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique, la tumeur siège plus ou moins bas dans la moitié gauche de l'abdomen. Mais elle peut aussi se voir dans la fosse iliaque droite, le flanc droit, l'épigastre, etc... Enfin, il est quelquefois possible de voir la tumeur se déplacer avec le malade, gagner à chaque mouvement le point déclive.

Beaucoup plus précieuse pour le diagnostic sont les données fournies par la *palpation*. Celle-ci sera évidemment d'autant plus facile que la sangle abdominale sera plus relâchée. Elle permettra de constater deux signes importants : la *forme* de la tumeur, sa plus ou moins grande *mobilité*.

La reconnaissance de la forme de la tumeur présente, à notre point de vue, une importance capitale. Il est évident que lorsqu'on sentira sur une tumeur plus ou moins prismatique, pyramidale, un bord tranchant présentant des incisures, le diagnostic sera fortement simplifié. Tels sont les cas d'Engell, Jémoli, etc... Il faudra donc chercher avec soin des incisures, des encoches sur un des bords de la tumeur.

Malheureusement, il est rare que la rate ectopiée, présente sa forme normale. Dans presque toutes les observations, le bord tranchant de l'organe s'est émoussé, la rate est devenue une tumeur plus ou moins ronde, globuleuse (M. Brun), cylindrique, aplatie (MM. Vincent et Cabannes), bien différente par sa forme et son volume de l'organe non ptosé.

La *consistance* de même varie beaucoup. Sur une rate malade elle est évidemment modifiée. Mais, même sur l'organe sain, il est souvent bien difficile de reconnaître la consistance du parenchyme splénique. Tantôt lisse, élastique, rappelant la consistance d'un utérus fibromateux (M. Oulié), tantôt rénitente, dure faisant penser à un rein. Il est difficile de se servir de cette sensation tactile pour reconnaître la rate.

Beaucoup plus important est le signe de la *mobilité* de la tumeur. Cependant, si dans la majorité des cas, la rate ptosée est mobile, il peut se faire qu'ayant contracté des adhérences ou plutôt que son pédicule étant fixé, la tumeur ne puisse être déplacée. C'est dans ces cas que Silvestrini et Cignozzi appellent la rate ptosée, rate ectopique. Nous avons dit ce que nous pensions de ces adhérences, nous avons dit que nous rangions ces rates fixées parmi les complications de la ptose.

La mobilité de la tumeur présente de grandes variabilités. On conçoit qu'elle est d'autant plus grande que le pédicule est plus long et plus mince.

Les observations dans lesquelles la mobilité est très étendue ne sont pas très nombreuses. Quelquefois, cependant, la rate file sous les doigts qui la palpent, se dirige dans tous les étages de l'abdomen, roule même sur son axe. C'est la « rate voyageuse » des Allemands, la rate que Bland Sutton compare à un bateau roulant sur la crête des vagues. Dans le cas signalé der-

nièrement par Welte, la tumeur était une véritable « tumeur fantôme » ; tantôt perçue à droite, tantôt à gauche, il arriva un moment où on ne la retrouva plus.

Il est plus commun d'observer une mobilité transversale minime, ou difficile à obtenir sans provoquer de douleur ; mais une grande facilité du déplacement vertical dans le côté gauche de l'abdomen. Les cas sont nombreux, de ces rates ptosées dans le petit bassin, rates que l'on peut ramener en les poussant avec un doigt vaginal, jusque dans la fosse iliaque gauche, puis dans le flanc et l'hypochondre. Remise dans sa loge inhabitée, la rate retombe dans l'abdomen, entraînée par son poids. Il semble que les mouvements de la rate ectopique ne sont pas influencés par la respiration.

Toutes ces manœuvres peuvent être absolument indolores. Cependant lorsqu'elles sont prolongées, elles entraînent des douleurs au niveau de l'hypochondre gauche, de l'épigastre et parfois des nausées ou même des vomissements (Liefkring).

La palpation permet encore dans des circonstances tout à fait particulières (malades très maigres, à paroi abdominale très flasque), de sentir battre le pédicule de la rate (Martin, Riedel). Aucun autre auteur à notre connaissance n'a signalé de fait semblable.

On conçoit que la percussion de la tumeur donne des résultats différents, selon l'interposition ou non d'intestin entre elle et la paroi.

On a signalé comme signe pathognomonique de la ptose de la rate, la *sonorité de la loge splénique*. Pour de nombreux auteurs, ce signe a permis de confirmer le diagnostic d'ectopie. Nous admettons difficilement ces faits. La rate *normale*, n'est pas percutable au niveau de la région inférieure gauche du thorax ; même le serait-elle, les renseignements fournis par la

percussion peuvent tellement varier chez des sujets différents ou chez un même sujet, qu'on ne doit pas attacher à ce signe une importance qu'il ne peut avoir. Chez les individus splénectomisés, il est difficile, en toute conscience, de trouver une sonorité plus marquée que chez un sujet dont la rate est normalement située et saine.

Plus intéressant est *l'examen radiologique* de la loge splénique. On constate sous l'écran une clarté anormale de la loge splénique ; la tumeur refoulée vers le haut à l'aide de la main, peut venir se superposer à cette clarté. Le colon gauche ou la grosse tubérosité de l'estomac occupant la place de la rate peuvent indiquer que l'organe a quitté sa loge.

Le toucher, vaginal ou rectal, permettra dans le cas de rate ptosée dans le petit bassin, de reconnaître le pôle inférieur de la tumeur et son indépendance habituelle.

Tels sont les signes que déterminent les rates ectopiques. Comme on le voit, ils sont d'une interprétation difficile, souvent rendue plus ardue par la présence d'une complication. Car les cas de rates ectopiques pures que voit le chirurgien, sont relativement rares, par rapport à ceux qui, par suite d'un accident aigu ou d'une aggravation continue des symptômes, obligent les malades à venir consulter. La plus grande partie des observations publiées pendant les dernières années, ont trait à des complications de la splénop-tose. Nous allons maintenant les étudier en détail.

CHAPITRE VII

ÉVOLUTION, COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Il est tout à fait rare que l'évolution de l'ectopie splénique ne soit pas troublée tôt ou tard par l'apparition d'une complication.

De beaucoup la plus fréquente, parmi ces complications est la torsion du pédicule. Cependant on a pu observer, en dehors de ces torsions pédiculaires, différents autres troubles qui, bien que très rares — nous n'avons pu en recueillir que quelques exemples, — ne méritent pas moins d'être étudiés.

I. — COMPLICATIONS AUTRES QUE LA TORSION

Nous n'insisterons pas sur les affections, telles que paludisme, leucémies, kystes hydatiques, etc., qui viennent se greffer sur une rate ptosée. Ces complications ne tiennent pas directement à la ptose elle-même.

La malade Pozzi nous fournit un premier exemple. Cette femme présentait une rate ectopique palustre adhérente à l'utérus, à la vessie, à l'épiploon qui la coiffait complètement et lui fournissait un pédicule vasculaire. Le vrai pédicule de la rate s'était tellement élongué qu'il avait fini par se rompre. Pozzi émet dans ce cas deux hypothèses : ou dans un premier temps, torsion, puis rupture du pédicule, la rate étant déjà fixée et entourée d'adhérences épiploïques considérables, ayant servies de racines vas-

culaires adventices ; ou élongation excessive et amincissement du pédicule, ayant produit les mêmes effets que la torsion, c'est-à-dire, un infarctus de l'organe et le développement d'une pelvipéritonite adhésive. Nous penchons plutôt vers cette deuxième hypothèse, et quoique les cas soient très rares, nous pensons qu'il peut exister des *ruptures du pédicule* par élongation, étirement, sans torsion. Ces ruptures du pédicule ne sont pas brusques ; elles se traduisent en clinique par aucun signe spécial qui puisse en faire poser le diagnostic.

Plus fréquentes relativement sont les *occlusions intestinales* déterminées par le pédicule, tendu comme une corde et comprimant une portion quelconque de l'intestin (le plus souvent le colon transverse). Ces occlusions, sont soit des occlusions aiguës, soit des subocclusions.

Monti signale le cas d'un volvulus du cœcum dû à la migration de la rate. A l'intervention, cet auteur trouva un cœcum très dilaté, tordu à 360° de gauche à droite. Le colon ascendant était étranglé par un volumineux cordon représenté par le pédicule d'une rate normale, fixée au péritoine pariétal et à la portion initiale du colon ascendant. Après splénectomie, le cœcum revint sur lui-même en se détordant.

Chez la malade dont M. Brun nous a communiqué l'observation, il existait des phénomènes de *subocclusion* depuis deux ans. Les signes fonctionnels et physiques présentés par cette malade ne permettaient pas de les interpréter. Ce n'est qu'à l'ouverture du ventre que M. Brun découvrit une rate ectopiée, dont le pédicule était intimement lié au colon transverse et en rétrécissait le calibre.

On voit que toutes ces complications nécessitent pour se produire, la présence d'*adhérences* qui fixent la rate ou son pédicule, ou les deux à la fois.

D'autres complications sont signalées dans les observations que nous rapportons. Elles tiennent : à la compression de la veine cave, amenant l'œdème des membres inférieurs ; à la compression de la vessie, comme chez la malade de MM. Vincent et Warot, qui présentait des troubles vésicaux, consistant en pollakiurie et ténésme vésical. Lorsque la rate est ptosée dans le petit bassin, sa présence peut amener de la constipation, du ténésme rectal.

La grossesse n'est pas influencée par la présence d'une rate ectopique. Mais il semble qu'après l'accouchement, la ptose s'accroît davantage.

II. — LES TORSIONS DU PÉDICULE

Morault, Bureau, les auteurs Italiens, Allemands, Américains sont unanimes à écrire que la rate ectopique est l'organe qui se tord avec le plus de facilité. Pour Lieffring cette fréquence est de 1 à 5. Nous pensons qu'elle est beaucoup plus grande encore.

En effet, il ne faut pas considérer seulement la torsion aiguë du pédicule, avec ses signes cliniques nets et semblables à ceux observés au cours d'une torsion d'un quelconque organe ou d'une quelconque tumeur pédiculés. A côté de ces accidents aigus de torsions, qui au point de vue anatomique sont complètes (c'est-à-dire que le pédicule fait un ou plusieurs tours sur lui-même, et qu'il est fixé dans cette position), se placent d'autres formes cliniques : torsions incomplètes et torsions à répétition, produisant des accidents à allure moins grave, ou des troubles aigus mais non persistants. Ces formes de torsions s'accompagnent de symptômes qui sont souvent rangés parmi ceux de la rate ectopique pure.

Aillaud, dans sa thèse, a décrit une forme chronique

de torsion. Pour d'autres auteurs, il y a une forme subaiguë. Il existe une autre forme clinique qui a prêté à de nombreuses confusions, c'est celle que M. Ferrari appelle *torsion intermittente*.

Chavannoz et Guyot divisent les torsions du pédicule en : forme aiguë classique, forme subaiguë où la rate hypertrophiée est tendue, douloureuse et forme chronique, où les phénomènes de torsion insidieux aboutissent à la formation d'adhérences.

Nous pensons qu'il est tout à fait inutile de décrire séparément des formes subaiguës et des formes chroniques. Toutes deux présentent des symptômes et une évolution à peu près identiques. Aussi, les étudierons-nous dans le même paragraphe. Aux torsions aiguës et subaiguës ; nous ajouterons la forme intermittente ou à répétition très fréquente et peu décrite.

Nous décrirons donc successivement :

Les torsions aiguës ;

Les torsions subaiguës et chroniques ;

Les torsions intermittentes ou à répétition.

Nous verrons, ensuite, qu'elle est leur évolution et les complications qu'elles peuvent elles-mêmes engendrer.

A. — TORSION AIGUE

La torsion aiguë telle que l'a décrite Bureau, telle que nous la décrirons nous-mêmes, est la moins fréquente des formes de torsion.

Le début toujours brusque, ne semble, le plus souvent, en rapport avec aucune cause. La torsion survient sans raison chez des malades qui souffrent déjà de douleurs abdominales dues à l'ectopie (Edwards Malins). Avant l'apparition de ces douleurs, elle peut être révélatrice de l'affection. Chez la malade de notre Maître M. le Docteur Goinard, qui se savait porteuse

d'une tumeur abdominale, c'est brusquement sans raison apparente que se produisirent les accidents. Dans le cas d'Albert, c'est après une nuit de danse, que les douleurs aiguës apparaissent. La malade d'Hartmann commence à souffrir après une longue promenade. Celle de MM. Vincent et Warot à la suite d'un examen prolongé. Aillaud signale un cas analogue.

Quoi qu'il en soit, le *début* est toujours bruyant et présente toujours les mêmes caractères aigus. Ce sont ceux que l'on observe lors de la torsion d'un kyste de l'ovaire. Ils se traduisent par ce que l'on appelle le péritonisme.

On constate tout les signes d'une péritonite aiguë sans phénomènes fébriles. Ce sont : une douleur très vive, si violente parfois qu'elle arrache des cris aux malades. Elle siège généralement au niveau de la tumeur, mais se généralise bientôt à tout l'abdomen, qui se ballone et présente de l'hypéresthésie cutanée. Il existe du hoquet, des nausées, puis des vomissements alimentaires et même bilieux, avec arrêt des matières et des gaz. Le pouls est petit, rapide ; le faciès est tiré.

La durée de ces phénomènes est variable sans toujours excéder 1 à 2 jours. La malade d'Hartmann souffre intensément pendant deux jours. Celle d'Edwards Malins plus longtemps encore, alors que la malade observée par MM. Vincent et Cabannes voit ses douleurs *spontanées* diminuer au bout de quelques heures.

Comme on peut s'en rendre compte, tous ces symptômes sont ceux que l'on retrouve dans les torsions du pédicule d'une tumeur ou d'un organe quelconques.

Il est aussi un signe commun à toutes les torsions, et que Bureau a bien mis en évidence : c'est *l'augmen-*

tation du volume de la tumeur. On en connaît bien le mécanisme. Les artères se comprimant beaucoup moins que les veines, l'apport du sang dans l'organe continue, alors que la circulation de retour est interrompue.

Les caractères principaux de cette augmentation de volume sont la brusquerie, la rapidité avec lesquelles elles se produisent, enfin la coïncidence avec les phénomènes de péritonisme.

Naturellement, cette brusquerie et cette rapidité sont toutes relatives. Lorsque l'accroissement se produit très vite, que la tumeur atteint en quelques heures un volume triple ou quadruple, c'est la rupture capsulaire qui survient. Mais, généralement, l'augmentation est plus lente ; la rate atteint son maximum de volume au bout de quelques jours, époque à laquelle la tumeur peut avoir considérablement grossi (Heurteaux).

En pleine période de péritonisme, l'examen peut être rendu difficile par suite du météorisme abdominal et de l'hypéresthénie cutanée. Cependant une palpation douce permettra de sentir en avant de la tumeur, un empâtement plus marqué, une zone douloureuse. Le siège de cet empâtement varie naturellement comme dans la rate ectopique simple. Quelquefois, on arrive à localiser au-dessus de la tumeur, un point douloureux exquis répondant au pédicule tordu (Pétridis). La percussion, impossible le plus souvent par suite du ballonnement abdominal, montre parfois de la matité en avant de la tumeur. Quant à la mobilité, si on a pu la constater avant la crise, on s'aperçoit qu'elle n'existe plus, ou qu'elle ne peut être obtenue sans douleur.

La torsion aiguë présente deux évolutions : la guérison spontanée, ou la mort lorsqu'on ne va pas détordre le pédicule et enlever la rate.

On peut dire que la guérison spontanée est l'exception dans les cas aigus aussi nets que ceux que nous venons de décrire. Des adhérences se forment rapidement qui fixent la torsion et maintiennent l'organe dans sa position. Actuellement, à la vue d'un tel tableau clinique, on intervient rapidement ; aussi ne voit-on plus les cas de mort par gangrène et péritonite que signalent les anciens auteurs. Cette gangrène de la rate est fatale lorsque les adhérences sont suffisamment solides pour empêcher la détorsion. Il ne faut pas espérer la cessation spontanée des accidents, qui comme nous le verrons plus loin, peuvent se reproduire. Comme dans l'appendicite, on ne sait jamais qu'elle sera la crise mortelle. Aussi vaut-il mieux ne pas attendre et instituer au plus tôt une thérapeutique chirurgicale active.

B. — TORSION SUBAIGUE OU CHRONIQUE

Deux conditions sont nécessaires pour que cette forme de torsion se réalise : il faut, d'une part, que la torsion soit maintenue par la présence d'adhérences qui fixent le pédicule dans sa nouvelle position ; d'autre part, que la circulation intrasplénique ne soit pas complètement interrompue. Dans les observations que nous rapportons, ces conditions sont toujours réalisées.

Lorsque le diagnostic de ptose splénique a été posé, il arrive bien souvent qu'on méconnaisse la complication. On attribue à l'ectopie simple les douleurs plus violentes, les nouveaux symptômes. Pourtant ici aussi, comme dans la torsion aiguë, l'accroissement du volume de la tumeur devra faire soupçonner la complication.

Le début peut être tout à fait insidieux. La torsion s'installe à bas bruit, n'entraîne que des douleurs peu marquées, un lent accroissement de la tumeur, s'éche-

lonnant sur plusieurs mois. Cet accroissement peut rester stationnaire pendant quelque temps, sans toutefois rétrocéder, puis le volume de la tumeur augmente encore. La forme de la tumeur peut varier ; de ronde, elle peut devenir ellipsoïde, comme chez la malade de King. Les phénomènes douloureux s'accroissent en même temps que le volume augmente. Bientôt les malades s'alitent et présentent des troubles de la santé générale : troubles digestifs consistant en anorexie, nausées, vomissements, constipation, troubles nerveux, neurasthénie, hypochondrie (Soulie), troubles cardiovasculaires.

L'évolution peut être rapide tout en restant cependant subaiguë, comme chez le malade de Pétridis ; ce malade se plaignait d'une douleur constrictive assez forte, qui s'était accompagnée au début de vomissements et d'arrêt des matières, sans cependant qu'il existe des signes bien nets de péritonisme. Cet état dura une dizaine de jours, sans s'aggraver davantage.

Dans ces cas de torsion subaiguë, l'examen révèle toujours une contraction abdominale rarement généralisée, le plus souvent localisée au niveau de la tumeur. La palpation est douloureuse. Elle permet de reconnaître l'existence d'une masse abdominale toujours très grosse. Dans le cas de King, la rate avait le volume d'un utérus à terme, dans celui de Kadygroboff d'une tête d'adulte. Orsos Peis décrit une rate cinq fois plus grosse que normalement.

La consistance est variable. Tantôt dure, rénitente, elle peut être molle, rappeler celle du parenchyme rénal.

La forme est rarement conservée, moins souvent encore que dans l'ectopie sans torsion. Il est des cas cependant où on arrive à sentir un bord mince, tranchant avec des incisions rappelant le bord de la rate

normale. Le plus souvent globuleuse, elle peut être encore modifiée par l'énorme volume du pédicule, qui adjoignant sa masse à celle de la rate, donne à la tumeur une forme tout à fait irrégulière (Pétridis).

Si les malades ne se décident pas à l'intervention, la cachexie les gagne bientôt et ils finissent par mourir épuisés par les douleurs continues, les troubles digestifs et nerveux. A moins que des adhérences nouvelles enserrant plus complètement le pédicule et provoquent l'oblitération complète des vaisseaux. Alors surviennent, comme dans la torsion aiguë, la nécrose et la gangrène de l'organe.

C. — *TORSION INTERMITTENTE* *OU A REPETITION.*

Bien qu'on ait observé des cas relativement nombreux de torsion intermittente chez les malades porteuses de rates ectopiques, personne jusqu'à ces dernières années, ne donna de cadre précis à cette forme pourtant bien spéciale de torsion.

Cignozzi, le premier, en prononça le nom. Cet auteur cite le cas d'une femme présentant une splénoptose qui, *par intermittences*, provoquait des douleurs et des attaques de torsions du pédicule.

Mais c'est M. Ferrari qui individualisa vraiment cette forme clinique. Nous avons recherché parmi les observations que nous avons lues, celle dont l'histoire clinique pouvait faire soupçonner cette complication. Nous en avons découvert de nombreuses. Et nous disons bien plus : la torsion intermittente du pédicule existe dans presque tous les cas de ptose splénique, mais se manifeste par des modalités un peu différentes. Presque nuls dans certains cas, — nous l'avons vu en étudiant les causes qui entraînent la formation d'adhérences, et la fixation de l'organe ectopié, — les

signes de cette complication sont généralement plus marqués, et la clinique permet de les déceler.

Ces phénomènes consistent anatomiquement en une torsion du pédicule plus ou moins complète, s'accompagnant d'une congestion plus ou moins marquée de la rate, d'un « véritable œdème splénique » (M. Ferrari). Mais cette torsion n'est que passagère, disparaît spontanément au bout de quelques jours, de même que les phénomènes de congestion de la rate. Son caractère est de réapparaître, de survenir de nouveau par intermittences, de se répéter suivant un rythme tout à fait irrégulier, avant d'aboutir après un nombre inconnu de crises à la torsion aiguë ou à la torsion subaiguë, qui toutes deux, comme nous l'avons vu, sont des torsions fixées.

La grande longueur du pédicule n'est pas, à notre avis, une cause prédisposante de cette complication, les longs et minces pédicules faisant plutôt une torsion aiguë vite fixée. Au contraire, *l'hypertrophie*, malarique ou de toute autre nature est, pour nous, une des causes principales de ces accidents. Dans ces cas, le poids de la rate joue un rôle primordial. Nous pensons que les petits mouvements de rotation imprimés à la tumeur par une cause quelconque, sont maintenus par le poids de la rate mobile hypertrophiée, qui se mobilise moins rapidement qu'une rate ptosée saine ou atrophiée.

Nous avons étudié les causes déterminant ces accidents de torsions intermittentes, aussi n'y reviendrons-nous pas.

Comme dans la torsion aiguë, il existe dans cette forme des symptômes de péritonisme. Mais ici les phénomènes sont beaucoup moins intenses quoique présentant toujours un allure aiguë à chaque crise.

La douleur est cependant vive, très violente parfois

(j'étais à mourir, disait pendant une crise une malade de Pétridis), mais elle n'atteint pas son acmé immédiatement. Dans le cas de notre Maître M. le Docteur Goinard, les crises douloureuses avaient une durée de un à deux jours, la douleur augmentait progressivement jusqu'à un maximum pour décroître ensuite petit à petit. Par exemple, une des crises débuta à 5 heures du matin, devint très forte vers 8 heures ; la douleur accompagnée de vomissements alimentaires, mit trois heures à rétrocéder. Dans le cas cité par Welti, la douleur débuta aussi brusquement mais ce n'est qu'au bout de quelques heures qu'elle devint maxima, pour décroître ensuite progressivement en un jour.

Il n'existe pas de règle concernant la *violence des crises* chez le malade. Dans l'observation de M. Ferrari, la première crise est intense, de même que la deuxième et la troisième ; la quatrième et la cinquième, au contraire, sont très légères sans vomissements, sans phénomènes marqués de péritonisme ; puis une autre crise survient très violente.

Le *siège de la douleur* et les irradiations peuvent varier à chaque accident selon que la rate ptosée se trouve dans telle ou telle position.

Le *rythme* de ces crises est tout à fait irrégulier. Parfois très rapprochés survenant plusieurs fois en quelque mois (Ferrari, Welti, Mac Donald et Mackay), les accidents peuvent être espacés de plusieurs années (Pétridis).

Ce rythme est d'ailleurs aussi irrégulier chez une même malade. Dans le cas de Welti par exemple, la première crise eut lieu le troisième mois de la grossesse ; la deuxième un an après ; pendant les quatre années qui suivirent, les crises se succédèrent de trois mois en trois mois, avec la même intensité, s'accom-

pagnant d'une intolérance alimentaire absolue. Puis plus rien pendant un an, au bout duquel une dernière crise très violente, accompagnée d'occlusion intestinale ; ce qui décida la malade à l'intervention. De même, la malade de M. Ferrari, fit plusieurs accidents de torsion rapprochés et demeura quatre ans sans en faire de nouveau.

Durant toutes ces crises, fait capital, *le volume de la tumeur* s'accroît en même temps que la douleur augmente et régresse lorsque la douleur diminue.

Comme dans la torsion aiguë, c'est au niveau de la tumeur que siège la douleur maxima ; de sa position dépendent les irradiations.

Immobile jusqu'au moment de l'acmé de la douleur, le pédicule effectue à ce moment sa détorsion et la rate change de place. Chez un malade de Pétridis, la tumeur occupait pendant une crise la région ombilicale, puis elle descendit progressivement dans le bassin, en même temps que la douleur diminuait peu à peu.

On conçoit que ces torsions intermittentes du pédicule entraînent des troubles graves de la santé générale. Souvent aussi, les effets du paludisme ou de toutes autres causes ayant provoqué la splénomégalie (lorsqu'il s'agit de grosses rates), viennent s'ajouter aux troubles douloureux. Les malades finissent tôt ou tard par sombrer dans la neurasthénie ou l'hypochondrie.

A moins qu'une complication accompagne un nouvel accident de torsion, ou que le pédicule ayant contracté des adhérences, la détorsion ne se produise plus. C'est l'évolution la plus fréquente, et c'est ce qu'encourent les malades qui ne se décident pas à l'intervention chirurgicale.

D. — COMPLICATIONS ACCOMPAGNANT
LA TORSION

Il arrive parfois que des complications viennent encore s'ajouter aux accidents de torsion du pédicule.

Dans les cas de torsion aiguë, lorsque l'augmentation du volume de la tumeur est trop rapide, par suite de l'applatissage complet des veines spléniques interrompant complètement la circulation de retour, les *hémorragies* intracapsulaires ou extracapsulaires sont la règle.

La malade de Spencer Wells est un exemple de ces énormes hémorragies intra-capsulaires. Chez elle l'augmentation du volume de la tumeur était considérable puisqu'on put retirer par ponction cinq litres d'un liquide brun ressemblant à du sang et que la rate contenait deux jours après, au moment de l'intervention, une égale quantité de liquide séro-sanglant.

D'autres fois, la capsule ne peut supporter cette dilatation brutale, et se rompt, entraînant une *hémorragie extra-capsulaire*, une inondation péritonéale. C'est le cas de la malade de Penrose chez laquelle la rupture se produisit au niveau du hile de la rate.

Ces complications se traduisent naturellement en clinique par tous les signes des hémorragies internes. Leur diagnostic étiologique est rendu malaisé par la présence de cette tumeur abdominale, parfois énorme, que constitue la rate ptosée tordue.

Il arrive fréquemment que la torsion pédiculaire engendre *l'occlusion intestinale*. Le pédicule, tordu et immobilisé comprime une anse intestinale, ce qui produit tous les signes de l'iléus. Tels sont les cas observés par Korte, Trenkler. Ce dernier auteur observa une rate ectopique dont le pédicule tordu cinq fois sur lui-même, maintenait entre lui et la paroi abdomi-

nale postérieure une anse grêle complètement aplatie. Dans l'observation de M. Ferrari, c'est sur le colon que siégeait la striction, engendrée par le pédicule qui avait fait deux tours de spires sur lui-même.

On conçoit l'évolution de pareilles complications. Si l'obstacle n'est pas levé rapidement, la péritonite se déclare, la mort survient bientôt.

III. — PRONOSTIC

L'étude que nous venons de faire, nous montre que le pronostic de rate ectopique est loin d'être bénin.

La ptose peut rester latente pendant des années, ne provoquer que des symptômes peu alarmants. Cependant, il arrive un moment où, à la suite de fatigues, d'un accouchement, les douleurs deviennent plus violentes, les troubles digestifs, nerveux apparaissent, rendant la vie des malades tellement pénible, que ceux-ci viennent bientôt demander un remède à leurs maux.

Nous avons vu que l'évolution de la splénoptose est, dans la majorité des cas, troublée par l'apparition d'une complication. Et ces complications sont parfois redoutables, entraînent presque à coup sûr la mort si une thérapeutique chirurgicale active n'intervient pas pour en supprimer les effets.

Aussi faut-il bien apprendre à diagnostiquer les rates ectopiques et leurs complications. C'est ce diagnostic que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

Plusieurs raisons concourent à rendre difficile le diagnostic de rate ectopique : d'une part, l'histoire clinique n'apporte aucun élément pathognomonique ; d'autre part, l'examen physique révèle la présence d'une tumeur qui, par sa situation, sa forme, son volume, rappelle rarement la rate. Enfin, la splénoptose n'est pas souvent reconnue, car vue sa fréquence peu marquée, le clinicien n'y pense pas.

DIAGNOSTIC POSITIF

Cependant, il est des cas où le diagnostic de splénoptose s'est imposé au premier examen. Ces cas sont rares, puisque sur les 54 observations de rate déplacées simples ou compliquées que nous rapportons, le diagnostic ne fut fait que 12 fois. Nous allons essayer d'analyser ces observations, afin d'en tirer les éléments qui serviront à affirmer le déplacement de la rate.

Nous avons vu que l'histoire clinique était nettement insuffisante pour permettre de soulever le diagnostic de rate ectopique. Bien plus, certains malades (Martin, Lambotte), ne font même pas mention, dans le récit de leur maladie, de leur tumeur abdominale dont ils connaissent souvent l'existence.

C'est donc *l'examen physique seul*, qui permettra de conclure en faveur d'une splénoptose.

Très difficile chez les malades gras, cet examen est rendu beaucoup plus aisé chez les sujets maigres ou

à parois abdominales flasques. Il permettra dans ce dernier cas, une palpation plus précise de la tumeur, une appréciation exacte de sa forme, de sa consistance, de son volume.

L'appréciation de la forme est un fait capital, comme nous l'avons vu en étudiant la symptomatologie. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur abdominale plus ou moins prismatique ou ovoïde, présentant un *bord tranchant encoché*, on peut affirmer presque à coup sûr que l'on a affaire à une rate, ou, tout au moins, a-t-on son attention attirée vers ce viscère. Martin, Ceci, Engel purent, grâce à ce signe, poser immédiatement le diagnostic. On a signalé cependant, un cas de kyste hydatique pédiculé du lobe gauche du foie, ayant fait penser à une rate mobile à cause de petites encoches qui existaient sur la tumeur (MM. Ferrari et Vergoz).

La *mobilité* est également un bon élément de diagnostic. Il est rare, en effet, de trouver une tumeur, autre que la rate ptosée, présentant une aussi grande mobilité. La constatation de ces grands mouvements qu'on peut lui imprimer dans le sens transversal et surtout vertical, le fait que la tumeur est facilement replacée au niveau de l'hypochondre gauche, les tiraillements que ces déplacements occasionnent lorsqu'on la repousse vers les étages inférieurs de l'abdomen, sont des facteurs qui sont à retenir.

Nous avons dit ce que nous pensions de la *sonorité de la loge splénique*. C'est un signe sur lequel il ne faut pas compter. Même s'il était permis de s'en servir, la présence de l'angle colique gauche ou du rein, remontant jusqu'au niveau du diaphragme (Somer), peut, en donnant de la matité à la percussion, faire errer le diagnostic.

La *radioscopie* est une aide précieuse qu'il ne faut

pas négliger. Dans le cas de rates ectopiques, elle montre une zone claire, répondant à la poche à l'air de l'estomac ou du colon, au niveau de la loge splénique. En repoussant, sous écran, la tumeur vers cette zone claire, on peut se rendre compte parfois que c'est sa place normale.

Enfin, il est des cas où *l'histoire clinique* fait penser à la rate. Tels sont ceux de Pétridis, Ferrari, etc..., dans lesquels l'étude des symptômes fonctionnels faisait supposer une splénomégalie. La constatation, à la palpation de la vacuité de la loge splénique, la présence de la tumeur abdominale, permettent alors d'affirmer facilement la ptose de l'organe malade.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La réunion de tous ces signes formant un important faisceau en faveur de l'ectopie splénique, est une éventualité rare. La transformation de la rate ptosée en une masse ne rappelant en rien la forme primitive de l'organe, l'absence de mobilité, sont au contraire très fréquentes. C'est ce qui fit errer de nombreux cliniciens et non des moindres.

C'est généralement avec le *rein mobile* qu'est confondue la rate en ectopie dans le flanc ou la fosse iliaque gauches. Nous ne voulons pas insister sur les signes qui permettent de diagnostiquer une tumeur rénale. Nous dirons seulement que la présence plus superficielle de la tumeur, mate à la percussion, collée à la paroi abdominale antérieure, est plutôt en faveur d'une rate que d'un rein.

Il existe aussi un signe que nous a indiqué aimablement M. le Docteur Brun. Ce signe a été décrit dans la thèse de son élève Delastre. C'est celui-ci : « La main droite est appliquée au niveau de la région

« lombaire gauche. La main gauche palpe l'abdomen, « accroche le bord antérieur de la tumeur et tâche de la « repousser en dehors ; la *tumeur roule* en quelque « sorte dans le sens vertical, suivant l'axe du corps ; « dès que la main gauche lâche prise, la tumeur par « un mouvement de roulis, reprend sa place. Ce mouvement de roulis ne s'observe qu'avec les rates, les « reins ayant plutôt tendance à glisser de haut en « bas dans le sens de leur loge ». D'après M. Brun, ce signe n'a jamais été pris en défaut. Nous n'avons pas eu malheureusement l'occasion de l'expérimenter dans le cas de rate ectopique, mais sa recherche sur les rates hypertrophiées nous a cependant permis de le constater.

Lorsque le diagnostic sera hésitant entre une tumeur du rein ou de la rate, une *pylélographie* sera très utile. Cet examen a permis à MM. Vincent et Warot d'écarter l'hypothèse d'un rein mobile. Il permettra également de faire rejeter ce diagnostic de rein mobile, lorsqu'on a fait déjà une néphropexie et que l'on pense à une récurrence (M. Vincent).

Quand la rate est en ectopie dans la fosse iliaque droite ou gauche, c'est avec le *kyste de l'ovaire* qu'on la confond le plus souvent. Tel le cas de notre Maître M. le Professeur Costantini, tel celui de M. Oulié. Le toucher vaginal, qui indique nettement l'indépendance de la tumeur d'avec les organes génitaux, la consistance de cette tumeur donnant parfois l'impression de rénitence, son évolution, de même que sa mobilité augmentent encore la confusion. Lieffring signale comme pouvant aider au diagnostic, la différence d'évolution des deux tumeurs. Alors que le kyste de l'ovaire s'élève du petit bassin, la rate se déplace en descendant vers les fosses iliaques. Il arrive que les malades indiquent bien cette marche de la tumeur.

Le diagnostic de *fibrôme utérin*, cécile ou pédiculé, a été soulevé dans les cas de tumeurs médianes et adhérentes à l'utérus (Walter), ou mobiles dans le bassin, le pédicule ayant contracté des adhérences. L'interrogatoire, l'examen hystérométrique de la cavité utérine, la constatation dans l'utérus d'autres noyaux durs, fibromateux permettront de poser le diagnostic de fibrôme ; mais il est fréquent que les deux affections co-existent.

La *grossesse extra utérine* a prêté aussi à confusion.

On conçoit que chez l'homme le diagnostic de cette tumeur pelvienne soit encore plus difficile. On pense à une *tumeur du mésentère*, à une *tumeur du sigmoïde*, ou du colon gauche, à une *tumeur cœcale*.

Lorsque la rate ectopiée siège dans l'étage sus-ombilicale, les erreurs sont aussi nombreuses que légitimes. M. Brun pense à une *échinococcose* ; le diagnostic de *kyste du pancréas* a été quelquefois soulevé, de même celui de tumeur du foie ou de la vésicule biliaire.

La malade de Welti est un exemple qui illustre bien les difficultés du diagnostic. Chez cette malade, on pensa d'abord à une grossesse extra-utérine. Quelques jours après, un accoucheur ne trouva plus la tumeur. Un chirurgien parla ensuite de fibrôme et quelque temps après un nouvel examen ne montra plus rien. On conçoit que devant ces tumeurs fantômes, ces « casse-tête », comme écrit Welti, la laparotomie soit bien souvent nécessaire pour reconnaître la ptose de la rate.

DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS

Beaucoup plus difficile encore est le diagnostic des *torsions du pédicule*. Pour Bureau, il est presque impossible. Si les difficultés sont évidemment plus

grandes que dans la simple ectopie, il existe cependant des signes cliniques qui permettent d'établir d'une part la ptose, d'autre part la torsion. Aussi, serons-nous moins affirmatifs que Bureau, tout en reconnaissant que, dans la majeure partie des cas, les difficultés sont énormes.

Il est certain que ce diagnostic sera rendu aisé par la connaissance antérieure de la ptose, ou lorsque l'attention aura été attirée vers la rate. Quand les malades sont vus pour la première fois c'est encore, comme dans l'ectopie simple, la forme de la tumeur qui permettra, dans quelques cas, de poser le diagnostic.

Hartmann pensa immédiatement à une rate tordue en sentant le bord tranchant et encoché de la tumeur. Chez la malade de M. Duboucher, notre ami le Docteur Cattoir put aisément faire le diagnostic de rate ectopiée tordue, en reconnaissant des incisures sur l'organe. Mais les exemples de ce genre sont rares et, le plus souvent c'est avec un faux, ou sans diagnostic bien précis, que l'on pratique la laparotomie.

L'histoire clinique sera, dans le cas de torsion, d'un secours plus important que dans l'ectopie simple. Mais elle pourra aussi permettre la confusion. En effet, la péritonite sans température, la présence d'une tumeur douloureuse augmentant progressivement de volume, sont des signes communs à toutes les tumeurs ou organes susceptibles de se tordre au niveau de leur pédicule. Aussi, est-ce avec ces tumeurs que l'on confond le plus souvent la rate ectopique tordue.

Dans les cas de torsion aiguë, c'est à la torsion d'un *kyste de l'ovaire* que l'on pense le plus souvent ; les observations d'Aillaud, de Salis, d'Arthur Lewis et M. D. Ekin en fournissent des exemples. L'hydronéphrose a pu prêter aussi à confusion (Runge, Bland-Sutton, Mac Donald et Mackay).

Lorsque les symptômes sont moins bruyants, que la tumeur augmente lentement de volume, on a pensé à une *hématocèle circonscrite* (Heuraux), à une *tumeur solide de l'ovaire* (King, Vincent et Cabaunes, Glasgow), à un *fibrôme utérin* (Lawranson), à un *kyste du mésentère* ou de l'épiploon (Korte).

Quant à la présence de cette tumeur douloureuse, s'ajoute de la température, le diagnostic erre encore davantage. Leriche et Gravier opérèrent pour une appendicite. Chez une des malades de notre Maître M. le Professeur Costantini, on pensa d'abord à une salpingite.

Le cas de Pétridis est plus instructif encore. Cet auteur reconnut d'abord une tumeur, qu'il étiqueta de nature tuberculeuse, sans éliminer la possibilité d'une échinococcose. Sous anesthésie, vue la rénitence, on pense à une tumeur kystique, hypothèse que l'on maintint après la laparatomie, pendant la première partie de l'intervention. Il ne fut possible de reconnaître la rate qu'après dégagement de l'organe et pièce en main.

Nous voyons par l'énoncé des erreurs commises par de nombreux et habiles praticiens, que s'il existe de rares cas pour lesquels on a pu formuler le diagnostic de rate ectopique compliquée, la plupart du temps, cette affection n'a été pour le chirurgien qu'un véritable « casse-tête ». Aussi, bien qu'on la rencontre rarement, on devra penser à l'ectopie de la rate et à ses complications. Ce n'est que par un interrogatoire approfondi des malades, par l'étude des symptômes fonctionnels que l'on pourra supposer la splénoptose simple ou compliquée et en confirmer le diagnostic par un examen physique très attentif.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Nous ne rappellerons que pour mémoire les traitements médicaux qui ont été institués chez les malades porteurs de rates ectopiques. L'application de pelotes, bandages, sangles de Glénard ou autres, est une thérapeutique tout à fait insuffisante. La rate qui a quitté sa loge n'y peut être maintenue par des agents agissant à travers la paroi abdominale. De plus, ce traitement médical n'est pas prudent. Nous avons vu les accidents auxquels expose la rate ectopique ; aussi doit-on agir sur elle chirurgicalement et traiter la lésion à ciel ouvert.

Deux méthodes s'offrent au chirurgien : la *splénopexie* ou fixation de la rate dans sa position normale et la *splénectomie*, ablation de l'organe.

La splénopexie semble en première analyse, la méthode idéale puisqu'elle permet de conserver l'organe tout en supprimant la ptose. C'est du moins, ce qu'elle faisait espérer théoriquement et c'est ce que crurent ses promoteurs. Tuffier, Rydigier, Giordano, Kower, Bardenheuer, se basant sur des cas généralement uniques, prévoyaient le succès de cette opération. Depuis, elle fut vivement combattue sans être toutefois complètement exclue du traitement des splénoptoses. C'est d'abord Vanverts qui en analysa les avantages. De nombreux auteurs (Février, Hartmann, Finkelstein, Silvestrini, Lecène, etc...) discutèrent les indications opératoires et les réduisirent considérablement, lorsqu'ils s'aperçurent des récidives à peu près

certaines, plus ou moins longtemps après l'intervention.

Pour Vanverts, la pexie est indiquée si la réduction et le maintien de la rate dans sa loge sont faciles. Karl Schwartz pense que l'on peut faire la splénopexie s'il n'existe pas de fortes adhérences. Quénu disait, en 1892, qu'il serait tenté de faire la pexie sur un organe sain, Hartmann lorsque la rate est mobile. Finkelstein pose les indications suivantes: déplacements peu considérables ; rate saine et non friable ; les adhérences superficielles et la torsion légère et récente (vaisseaux non thrombosés) ne sont pas des contre indications. C'est aussi la conclusion de Silvestrini.

Cependant, malgré ces indications opératoires il arrive fréquemment que, tôt ou tard, la ptose se reproduise ; les observations que nous rapportons le prouvent. Nous pensons que ces récives sont dûes à l'allongement du pédicule qui, lorsque la rate est replacée dans sa loge, flotte librement et ne permet pas le maintien de l'organe en dedans et en arrière. De plus, les adhérences produites artificiellement sont souvent inefficaces par elles-mêmes à maintenir la rate en place.

Nous ne voulons pas décrire les procédés excessivement nombreux de splénopexie. Mais qu'elle soit intra ou extra-abdominale, la difficulté qu'éprouve l'opérateur de pratiquer des sutures solides et nombreuses est toujours la même. Cette difficulté explique l'insuffisance des adhérences que crée le chirurgien. La rate balottant en dedans, fixée incomplètement en dehors, finit par se ptoser de nouveau.

Il y a cependant un procédé de pexie qui, d'après son auteur, a donné de bons résultats. C'est celui de Schiassi rapporté par Silvestrini, procédé qui consiste à fixer la rate à la paroi abdominale antérieure. Il

semble évidemment, la surface de contact étant plus considérable, la fixation plus facile par suite de la possibilité de faire une bonne suture, que dans ce procédé, les adhérences soient suffisamment larges pour maintenir la rate dans cette position. Mais ce n'est pas en somme qu'une transplantation de l'ectopie et non une pexie de la rate à sa place normale.

Nous avons vu que tous les auteurs préconisant la splénoexie, ne pratiquent cette opération que sur une rate ectopique saine.

Or, il est bien difficile en pratique de dire, même organe en main, si la rate ptosée est saine ou malade. Aucun moyen permet d'apprécier la valeur physiologique de ces rates trouvées un peu partout dans l'abdomen.

Souvent, nous l'avons vu, les rates ectopiques, non tordues à l'ouverture du ventre, peuvent présenter des lésions anatomiques anciennes dûes à des torsions antérieures et intermittentes du pédicule. Doit-on conserver ces organes malades, dont la valeur physiologique est tout à fait douteuse ? Doit-on même, sous prétexte que la rate n'est pas malade, exposer son opéré à une récurrence à peu près certaine et à des complications pouvant entraîner de graves accidents ? Si la rate était un organe ayant un rôle physiologique important, il serait tout à fait logique de vouloir la conserver à tout prix. Or, il n'en est rien. Aussi, avec notre Maître M. le Professeur Costantini, condamnons-nous complètement cette opération.

A tous les arguments donnés par les différents auteurs qui ont combattu la splénoexie (difficultés opératoires, hémorragies, etc...), s'ajoute un élément pratique dont notre Maître nous a fait ressortir l'importance. Il est rare, nous l'avons dit, que le diagnostic fait avant l'intervention, soit un diagnostic exact.

C'est donc, le plus souvent, à cause de la situation péri ou sous-ombilicale de la tumeur, par une incision médiane sus et sous-ombilicale, où même par une incision franchement sous-ombilicale que le chirurgien abordera cette tumeur. Dans cette situation, il est bien difficile de pouvoir, sans ouvrir le ventre par une énorme incision, fixer la rate dans sa loge avec quelque chance de réussite.

Lorsque par suite de soupçon de rein mobile ou de tumeur rénale, on pratique une incision lombaire, on peut être tenté, — c'est ce qui a amené Tuffier à le faire, — de pratiquer la splénopexie. Il nous semble plus prudent, pour les raisons que nous avons indiquées, de faire quand même l'ablation de l'organe.

Cette splénectomie est rendue d'une grande facilité par suite de la longueur du pédicule et de la possibilité de ligatures rapides.

On a accusé la splénectomie de donner une mortalité énorme par rapport à la simple pexie. Nous ne sommes pas de cet avis. Les auteurs qui se sont servis de cet argument pour combattre cette opération dans l'ectopie de la rate n'ont pas apporté dans leurs statistiques toute la rigueur que l'on doit trouver. Quoi de plus différent d'une splénectomie pour rate ectopiée, que la même opération pour une grosse rate adhérente dans l'hypochondre gauche, fixée au diaphragme par des adhérentes souvent si serrées que l'on est obligé de pratiquer parfois la décapsulation ? Quelle différence de choc opératoire entre ces deux malades ? Aussi, ne devra-t-on pas englober dans la même statistique les splénectomies pour rates mobiles et toutes les autres. Il suffit de consulter nos observations de rates ectopiques compliquées ou non, pour se rendre compte de la mortalité insignifiante que provoque la splénectomie dans ces cas.

Pour nous résumer, nous dirons que le seul traitement qui nous paraisse rationnel est l'ablation de l'organe, la splénectomie dans tous les cas de rates ectopiques. Peu importe les procédés opératoires.

Ce qu'il faut, c'est enlever cette rate, qui ne représente plus, lorsqu'elle est ptosée, qu'un corps étranger intra-abdominal.

OBSERVATIONS

I. — OBSERVATIONS DE RATES ECTOPIQUES SIMPLES

OBSERVATION I (inédite)

L... Marie-Thérèse, 42 ans, entre le 24 mars 1928, dans le service de notre Maître M. le Professeur Costantini, pour hernie crurale gauche et tumeur abdominale.

Voici l'histoire que nous avons pu reconstituer, après l'intervention :

Il y a dix ans, pendant sa quatrième grossesse, qui s'est accompagnée de vomissements incroercibles et de l'apparition d'une hernie crurale gauche, cette femme commença à ressentir dans tout le côté droit de l'abdomen, et principalement le flanc et la fosse iliaque, une gêne, une pesanteur peu douloureuse, mais qui cependant l'obligeait à changer de position lorsqu'elle est couchée sur le côté droit, la douleur étant plus vive. La station debout, une marche prolongée fatiguent la malade, à qui il semble « qu'on tire sur l'estomac ». Même lorsqu'elle ne fait aucun effort, lorsqu'elle demeure assise toute une journée, elle conserve continuellement cette sensation douloureuse dans le flanc droit.

Il y a six ans, s'étant retournée brusquement dans son lit, la malade ressent une vive douleur, vite calmée ; mais portant la main à son ventre, elle constate la présence dans le flanc droit d'une petite tumeur de la grosseur d'une mandarine, dit-elle. Cette tumeur est facilement mobilisable, surtout dans le sens trans-

versal. Elle peut être poussée d'un flanc dans l'autre, mais ces manœuvres, lorsqu'elles sont rapides, ne vont pas sans s'accompagner d'une vive douleur, si bien que, lorsqu'elle se retourne dans son lit, la malade place doucement à l'aide de ses mains, la tumeur au point déclive.

Bientôt les douleurs augmentent d'intensité. Le moindre effort occasionne des tiraillements, qui courbent la malade en chien de fusil, et l'obligent à se coucher. Parfois apparaissent des nausées, sans que la douleur soit plus vive, cessant brusquement sans vomissement.

La malade devient hypochondriaque, ne sort plus de chez elle, s'abstient de marcher. Elle attribue tous ses maux à sa hernie et, il y a deux ans, fait venir un médecin, qui ordonne un bandage et constate la présence de la tumeur. Il diagnostique un kyste de l'ovaire et parle d'une intervention.

Depuis neuf mois, la tumeur s'est mise à grossir chaque jour davantage, sans crises douloureuses paroxystiques ne dépassant pas quelques minutes. Mais les mouvements rapides, même le fait de s'asseoir brusquement, provoquent une douleur vive à droite, au niveau de la tumeur, des nausées, jamais suivies de vomissement, et une sensation d'étouffement, d'oppression accompagnées d'érythisme cardiaque.

A la suite d'une douleur plus violente, la malade appelle le même médecin, qui l'avait soignée quinze mois plus tôt. Celui-ci constate l'augmentation de la tumeur et ordonne l'hospitalisation.

Antécédents. — Six enfants, dont cinq vivants, une fausse couche.

Paludisme depuis l'âge de douze ans. Quelques accès vite jugulés par le quinine.

Léger prolapsus génital.

Examen. — Corps gras de multipare. Parois flasques, nombreuses vergetures.

Foie normal. Pas d'autres ptoses viscérales.

Après opération, sonorité de la loge splénique.

En palpant l'abdomen, on constate la présence d'une masse dure remplissant la fosse iliaque droite, le flanc droit, toute la région médiane sous-ombilicale.

Cette tumeur est mate, un peu douloureuse, ne fait pas corps avec l'utérus. Elle est facilement mobilisée.

On fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Intervention. — Le 27 mars 1928 (M. le Professeur Costantini).

Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale. On découvre d'emblée un pédicule long, contenant des vaisseaux sinueux, volumineux, de la grosseur d'un appendice qui aboutissent à une grosse rate, formant la masse pelvienne. L'artère splénique, au lieu de venir de l'hypochondre gauche, se dirige vers le pylore. On la suit et on constate qu'elle dérive de la *gastro-épiploïque droite*. Rien d'anormal près du pylore. On met les pinces sur ces vaisseaux et on pratique aisément l'ablation de l'organe. Fermeture en trois plans.

La ligature vasculaire est placée de telle sorte, qu'une grande partie de la longueur de ces vaisseaux est laissée dans la cavité abdominale.

Suites opératoires d'abord très bonnes. Puis la malade fait une congestion pulmonaire, et, au bout de quelques semaines, se plaint de la région sous-hépatique. On constate là, la présence d'une masse mobile, douloureuse, ne paraissant pas vouloir se résorber. Elle se limite bien à la région sous-hépatique, juste au-dessous de la zone vésiculaire normale, si bien qu'on pense à une cholécystite. Les examens habituels sont

faits (tétraïode). Celui-ci a montré une vésicule biliaire bien colorée et volumineuse. C'est donc avec le diagnostic de cholecystite, qu'on intervient.

Incision transversale. On découvre sur le bord inférieur du pylore, une masse arrondie, grosse comme un œuf de poule, rouge, au-dessus la vésicule biliaire normale. On extirpe facilement cette tumeur que l'on reconnaît être une rate surnuméraire.

On constate l'existence d'un arc artériel, qui paraît être oblitéré, venant de la gastroépiploïque droite. C'est l'ancien pédicule splénique. On l'élève. Fermeture en trois plans.

Suites normales. La malade sort bientôt de l'hôpital et y revient le 30 novembre 1928, pour être opérée de sa hernie crurale. L'état général est très bon, l'hypochondrie n'existe plus.

OBSERVATION II (inédite)

due à l'obligeance de M. le Docteur Oulié,
de Constantine.

N... S..., 30 ans, européenne, entre à l'hôpital de Constantine en janvier 1922, pour kyste de l'ovaire.

On sent une tumeur lisse, élastique, au-dessus du pubis. C'est une *tumeur pelvienne*, perçue aisément par le toucher vaginal indépendante de l'utérus et très mobile.

Le siège, la consistance et la mobilité nous font confirmer le diagnostic d'entrée.

Intervention. — Laparatomie médiane, sous-ombilicale.

On trouve une rate normale d'aspect, mais un peu hypertrophiée, sans aucune adhérence, et dont le pédicule, très long, est aisément lié et sectionné.

Guérison sans incident. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION III

Cas de Martin. — Sur laparotomie, par Czerny. — Wiener Med. Wochensch., 1879 N° 15. — (In thèse Lieffring).

Pauline B., 31 ans, rachitique, cyphotique, réglée à 11 ans. A 21 ans, rhumatisme articulaire aigu, et depuis, palpitations. Deux grossesses en 1871 et 1875.

Quelques temps après, douleurs dans le côté gauche du ventre ; ensuite endocardite mitrale. A l'examen, on découvrit une rate mobile sans qu'aucun symptôme signalé par la malade n'y détermine.

Malade amaigrie. Les douleurs dues à la mobilité de la rate empêchent tout travail. Palpitations, métrite chronique, soignée partout sans résultats.

En 1876, douleurs hypogastriques qui semblent en rapport avec la rate mobile. Douleurs dans celle-ci même. Traitements divers inutiles.

La malade me consulte, accuse des douleurs de plus en plus grandes dans la rate. Les examens du sang répétés, ne font rien connaître d'anormal. Examen physique facile : abdomen à parois minces ; on peut saisir entre les doigts l'organe mobile.

Le hile de l'organe, à peine augmenté, est appréciable au toucher. On sent battre les vaisseaux. On apprécie facilement plusieurs petites encoches sur le bord de l'organe.

A la percussion, région splénique sonore, absence de matité. Au repos prolongé au lit, la rate se remet en place, est appréciable à la percussion ; après une marche prolongée, l'extrémité inférieure se place à l'entrée du détroit supérieur, et se laisse apprécier par le toucher ; une légère pression fait filer la tumeur en arrière de l'utérus ou à côté dans le petit bassin ; prolapsus utérin.

Martin pense que tous les symptômes douloureux

proviennent de la rate mobile ; celle-ci est, en effet, douloureuse à la pression même sous le chloroforme. Les douleurs cessent dès qu'on la réduit et disparaissent dès qu'on la déplace. Elles sont d'autant plus violentes que la malade reste d'autant plus longtemps debout.

Exagération des douleurs pendant la digestion. En raison du peu de mobilité antérieure (il y a 1 an) et de l'insensibilité à la pression, de l'apparition des douleurs avec la mobilité plus grande, je dois reconnaître deux causes à celle-ci.

Tout d'abord, une *modification* de l'organe. Hypertrophie péricapulaire. *Tiraillement* du pédicule et des organes en connexion avec le *péritoine*. Le péritoine était irrité, car dans la crise paroxystique, il y avait vomissement.

En raison de l'intensité des douleurs ne laissant pas de trêve à la malade, on fit l'opération le 13 mai 1877.

Incision médiane de 10 cm jusqu'à l'ombilic sur la tumeur luxée en ce point.

Trois groupes de vaisseaux liés séparément.

Le groupe moyen contenait quelques artères et la veine splénique de la grosseur d'une plume d'oie.

À la troisième ligature, le fil cassa, et il se produisit un hématome. Alors ligature en masse, section de la rate, il s'en écoule peu de sang. Réduction du pédicule, fermeture du ventre. Durée de l'opération : 21 minutes.

Pas de fièvre. Réunion par première intention.

Rate guère plus grosse et plus lourde que la rate normale. Traces (étoiles) de péricapulaire : nullement pathologique dans son parenchyme.

Trois semaines après son opération, la malade reprend son occupation considérablement améliorée.

Examen du sang, rien d'anormal.

OBSERVATION IV (résumée)

Extirpation d'une rate ectopique et hypertrophique.

— P. Ant. Céci (communication à la Société Chirurgicale à Rome, 1886. — (in thèse Lieffring).

Marie C., 17 ans, s'est toujours plaint dans son enfance de douleurs abdominales. Souvent obligée d'interrompre son travail à cause de vertiges, palpitations, inquiétude, douleurs aiguës dans tout le ventre, plus fortes à l'hypochondre gauche, qui s'étendaient jusqu'à l'épigastre et de là dans la région du cœur à l'épaule. Le 5 janvier, battements de cœurs fréquents et tumultueux.

Suffocation angoisse. A mesure que le volume du ventre augmente, les forces diminuent.

Entrée à l'hôpital le 6 janvier 1886.

Apparence d'une fillette de 12 ans. Abdomen augmenté de volume surtout à gauche. Ombrilic déplacé à gauche. Parois abdominales flasques et très larges.

Palpation. — Grosse tumeur qui s'abaisse pendant l'inspiration et occupe toute la partie antérieure de l'abdomen. Surface lisse, régulièrement convexe. Consistance uniforme et élastique. En haut, elle se rapproche presque de l'axe costal, en bas du contour pelvien. Très mobile. Bords anguleux, à l'exception de celui qui correspond à la région iliaque gauche, qui est obtus. Pas d'adhérences avec la paroi antérieure de l'abdomen. Aucune connexion avec les organes de l'excavation pelvienne.

Examen du sang. — Diminution du taux d'hémoglobine, du nombre des globules rouges et blancs.

Diagnostic. — Ectopie de la rate. Spléctomie nettement indiquée.

Opération. — Incision médiane sus et sous-ombilicale. Incision du péritoine. L'épiploon repoussé la

rate est à découvert. La tumeur poussée vers la droite, vient en regard de la plaie opératoire. Le viscère étant sorti, on exécute une rotation sur son axe transversal, dans le but de mettre en évidence le pédicule.

Pédicule très court et très gros, très riche en tissu adipeux résistant, d'un diamètre d'un peu plus de 11 millimètres. Vaisseaux très gros. Ligature du pédicule par une triple suture. Cantérisation au thermocautère de la partie sectionnée. L'épiploon est remis en place sur les intestins. Sutures pariétales. Pansement de Lister.

Suites opératoires. — D'abord mauvaises, suppuration de la plaie opératoire, erysipèle, puis le 11 mai apyrexie à peu près complète.

La malade se lève le 28 mai et sort de l'hôpital le 16 juin, encore faible. Durant le courant du mois d'août, reprise du travail et aspect florissant. Le taux d'hémoglobine a augmenté. L'anémie a disparu.

Examen anatomo-pathologique. — Productions fibreuses sous-capsulaires, hyperplasie fibreuse de la capsule, infiltration fibreuse des trabécules, hyperplasie cellulaire de la pulpe, hyperplasie cellulaire des corpuscules de Malpighi, spécialement dans leur zone périphérique, infiltration cellulaire le long des vaisseaux artériels, infarctus hémorragiques récents, à foyers distincts et compénétration sanguine récente diffuse.

Absences de bactéries, grossissement de l'organe presque exclusivement produit par l'hyperplasie cellulaire ou peut être par la pulpe et les follicules lymphatiques.

Longueur : 34 cm ; largeur : 24 cm ; épaisseur : 9 cm 8. Poids : 2 k. 400 gr., y compris le sang.

OBSERVATION V

Cas d'Engel : Zur Kasnistik der Wandermilz (cent. für Gynak 1886 n° 5), in thèse Lieffring.

H. A..., femme de 28 ans, assez bien constituée, mariée depuis 9 ans, 5 accouchements.

Au cours de la 4^e grossesse, elle remarque une tumeur mobile dans l'hypogastre, qui, au début, était devant l'utérus et faisait saillir la région ombilicale comme dans une hernie ; la tumeur était donc facile à apprécier ; plus tard, elle fut repoussée plus haut ; et dans les derniers temps, elle ne savait plus où elle était filée.

Après l'accouchement, réapparition dans l'abdomen, en bas à droite. Pendant la cinquième grossesse, même remarque.

Actuellement, elle se plaint de contractures et crampes intenses, de douleurs tiraillantes et désire être débarrassée de cette tumeur diagnostiquée par un médecin : rein mobile.

Examen. — Abdomen flasque ; dans l'hypochondre droit, tumeur lisse mobile, ayant la forme exacte de la rate, dont le bord supérieur peut être soulevé en dehors et où je sens une incisure.

De même sur le bord inférieur, il y a une incisure plus petite.

Diamètre vertical : 8 cm ; largeur : 11 cm.

L'abaissement de la tumeur détermine des tiraillements douloureux ; en la soulevant jusqu'au niveau de l'ombilic, elle se replace d'elle-même dans la partie gauche de l'abdomen, pour retomber en sa place première dès qu'on l'abandonne. Région splénique sonore. Pas de paludisme.

Diagnostic. — Facile. Flaccidité abdominale, appré-

ciation facile de la rate, absence de la matité splénique.

Traitement. — Quinine et préparation ferrugineuses. Amélioration de la femme qui cessa pour cela le traitement.

OBSERVATION VI

Cas de Dielt (in Küchenmeister). — Thèse Lieffring

Femme de 40 ans. On sentait dans l'abdomen transversalement au-dessous de la dernière lombaire, une tumeur douloureuse à la pression, mobile en tous sens, dure, ovale, dont l'examen plus précis était impossible.

A l'autopsie. — Rate transversalement placée sur les trois dernières vertèbres lombaires, recouverte de quelques anses intestinales. Longueur 8 cent., largeur 4 cent., épaisseur 4 cent., hile tourné vers le haut ; bord convexe en bas. Surface lisse, dure, mobile en tous sens.

Pas trace de ligament phréno-splénique. Le ligament gastro-splénique mince, fragile, long de plus de 6 pouces, s'étendant de l'estomac très dilaté, profondément situé, posté normalement par sa partie splénique à la partie supérieure de la rate.

Le tissu en est rouge brun, ferme, non élastique et à la coupe présentait une surface sèche. Capsule épaisse, très peu ridée. L'S iliaque est profondément tombé dans le bassin, le remplissant ; situation du colon ascendant et transverse, normale.

La place de la rate est entièrement et complètement comblé par l'angle du colon.

OBSERVATION VII (résumée)

Nilsen : Améric, J. of obstetrics, N. Y., 1887,
page 53 et 296.

Femme ayant une tumeur dans la région inguinale gauche, sans connexion avec aucun organe pelvien, absolument mobile de droite à gauche et pouvant être refoulée vers les régions supérieures de l'abdomen. Nilsen pensa à une rate flottante, en présence de la douleur constante qui occupait le bas de l'abdomen, de l'anorexie et de divers autres troubles digestifs, de la perte de sommeil, d'un mal de tête constant, et de l'état nerveux développé. Nilsen se décida à pratiquer la splénectomie. La numération de globules rouges et blancs était normale.

L'opération (26 novembre 1886) fut simple, le pédicule contenait une artère énorme et une veine du volume d'une anse grêle. Guérison.

Deux mois et demi après, la malade était en parfaite santé.

Dimensions de la rate gorgée de sang : 7 pouces $\frac{1}{2}$ de long, 4 $\frac{1}{2}$ de large, 2 d'épaisseur.

OBSERVATION VIII

Cas de E. Lambotte. De l'ectopie de la rate (Annales de Médecine et Chirurgie, Bruxelles, 1889, fasc. 1).

M. P... vient me consulter dans le courant de l'année 1888, parce que sa santé s'était altérée depuis environ deux mois. Le mal avait débuté par une sensation inaccoutumée et grandissante de faiblesse et d'apathie. Le moindre exercice ne s'effectuait qu'au prix d'un effort de volonté et d'une fatigue hors de proportion avec le travail accompli.

Ces symptômes s'accompagnèrent bientôt d'un malaise indéfinissable, que la patiente s'efforçait d'exprimer, à la manière des hypochondriaques, par toutes sortes de comparaisons bizarres.

Des troubles digestifs consistant en anorexie, constipation, digestion pénible, décidèrent enfin la pauvre malade à demander à l'art un remède à ces maux.

A défaut d'autres symptômes, les accidents occasionnés par la patiente n'avaient qu'une signification bien problématique, et il m'eut été fort difficile de les rapporter à une autre chose qu'à une affection de voies digestives, si l'exploration physique ne m'avait fait découvrir dans l'abdomen une tumeur dont M. P... n'avait point signalé l'existence, la croyant étrangère à son mal et sans intérêt pour le diagnostic actuel ; elle se savait porteuse de cette production morbide depuis de longues années et n'en avait jamais souffert.

Cette tumeur occupait la fosse iliaque gauche. Son volume la rendait comparable à un gros rein ; sa forme augmentait l'analogie avec cet organe ; on sentait en dehors et un peu en arrière, un bord lisse et arrondi ; en avant, quelques saillies irrégulières donnaient l'illusion d'un hile ; la consistance rappelait la fermeté ordinaire d'un rein.

La tumeur était très mobile, elle fuyait aisément sous la pression de la main exploratrice, et se déplaçait vers le flanc droit, lorsque la malade se couchait de côté. En faisant étendre celle-ci sur le dos, avec élévation du bassin, la tumeur gagnait les régions supérieures de l'abdomen.

L'examen gynécologique ne me fournait aucun renseignement utile.

Il eut été difficile en présence de cet ensemble symptomatique de ne pas croire à une ectopie rénale, et j'y crus.

Toutefois, ce diagnostic ne fut pas confirmé par l'exploration de la région lombaire. L'examen comparatif des deux moitiés du dos, le montrait parfaitement symétrique.

La percussion et la palpation ne me fut d'aucun secours à cause d'un certain embonpoint du sujet. D'autre part, la malade n'avait jamais éprouvé de douleur à ce niveau, pas plus d'ailleurs, qu'à l'endroit occupé par la tumeur.

Mais comme ces symptômes négatifs n'excluent pas la possibilité d'une ectopie rénale, je persistai dans ma manière de voir et prescrivis un traitement en conséquence.

Peu de temps après, je perdis ma malade de vue, mais trois mois plus tard, elle vint à nouveau me consulter. Elle avait essayé successivement plusieurs traitements infructueux.

Lorsque je la revis, je fus frappé du changement qui s'était fait en elle ; la fraîcheur de son teint avait fait place à une paleur mortelle, son embonpoint à une maigreur presque cachectique.

La tumeur avait notablement augmenté de volume, et était aussi grosse qu'une tête de fœtus ; elle n'était pas douloureuse.

La gravité de l'état général indiquait une intervention active. Avais-je affaire à une carcinome du rein en ectopie ? C'est l'hypothèse qui me parut la plus probable et je me mis en devoir de la vérifier.

Je procédais donc sans retard à l'examen des urines et, afin de faire une observation plus complète, je fis également l'examen microscopique du sang.

Cette dernière exploration modifia du coup ma première impression et me tira complètement d'incertitude.

Le sang contenait une forte proportion de globules blancs (1 sur 10 environ) ; ma malade était leucémique.

La tumeur dont j'avais constaté la présence dans la fosse iliaque était la rate hypertrophiée et déplacée. Et en effet, en m'assurant par la percussion que cet organe était absent de son siège normal, je pus acquérir la conviction que cet organe était bien la rate en ectopie.

Cette fois, mon exploration fut favorisée par la maigreur de ma malade. Je pus sans peine constater et l'absence de la matité splénique et la présence des reins à leur place habituelle.

Ma malade se refusa à toute intervention opératoire et subit quelques jours plus tard le sort de tous les leucémiques.

OBSERVATION IX

Cas de Riedel. — Deutsche chirurgie, Bd 45, 1890.
Ledderbrose (in thèse de Lieffring).

Femme de 28 ans, accouchée 4 fois. Au dernier accouchement datant de novembre 1886, elle eut des troubles gastriques et des douleurs dans la région lombaire gauche. La malade éprouvait la sensation d'une grosse tumeur interne qui ballotait dans le ventre.

L'examen du 21 août 1887 dénote : dans le décubitus dorsal, on constate une légère saillie dans la région gauche du bas ventre. On y perçoit, au palper, une grosse tumeur à bords arrondis qui se laisse déplacer facilement dans l'hypochondre gauche, mais reprend de suite sa place primitive dès qu'on l'abandonne.

La tumeur peut même être refoulée plus bas jusque dans le petit bassin, mais ce déplacement cause à la malade un tiraillement douloureux dans la région de l'hypochondre gauche (sensation d'un cordon tendu

dans cette direction). A l'examen par le vagin, la tumeur est facilement appréciable, même sans exercer une pression sur elle de haut en bas. On la sent facilement comme suspendue au-dessus des doigts, et lorsqu'on la déprime par en bas, on arrive facilement à la sentir et à reconnaître les bords arrondis.

La position de la tumeur est telle qu'elle se prolonge par une petite partie jusque dans le bassin.

Absence de la matité splénique ; sang normal. Diagnostic hésitant entre rein mobile ou rate mobile, mais ce dernier est plus probable.

Opération (27 août 1887). Incision sur la ligne blanche, entre l'ombilic et la symphyse pubienne. La rate bien mobile est retirée sans difficulté. Occlusion provisoire de l'abdomen. Le pédicule étant très long, l'opération peut se faire extra-péritonéalement.

Le pédicule est très large et aplati. Ligature isolée en deux parties. Après la libération d'un tissu vert-jaunâtre qui avait l'aspect du pancréas, après avoir isolé l'artère splénique très pulsatile, on en fait la ligature. Le pédicule long de 3 cm., et épais de 1 cm., est saupoudré d'iodoforme et réduit dans la cavité abdominale. Suture de la paroi.

Rate assez consistante, longueur 20 cm., largeur 15 cm., épaisseur 10 cm. Tissu normal, surface séreuse légèrement dépolie.

La guérison se fit normalement.

L'examen du sang (29 août, 24 septembre 1887, 21 janvier 1888) donna toujours des résultats normaux.

L'état général de la malade ne laisse rien à désirer ; les douleurs ont totalement disparu.

OBSERVATION X

Estirpazione di Milza ectopia (Nota clinica) Guarigione. — Docteur P. Jemoli. Clinica Chirurgica, Milano 25 février 1892. (In Thèse Lieffring).

M. F..., 43 ans, servante de Pavie, fut reçue dans la clinique chirurgicale de cette ville, le 21 janvier 1892.

Rien de remarquable dans ses antécédents : point de maladie pendant l'enfance et l'adolescence.

Réglée à 16 ans toujours régulièrement ; nombreuses grossesses, les règles cessèrent il y a trois mois. Pendant son mariage, elle eut onze garçons dont six moururent enfants. La malade demeurant à Pavie, où la malaria est commune, affirme catégoriquement n'en avoir jamais souffert.

L'affection pour laquelle elle demande son admission date, d'après elle, de quatre ans à peine, c'est-à-dire depuis sa dernière grossesse, qui plus que toutes les autres, avait été laborieuse et difficile. A peine le temps des couches écoulé, la femme commença à ressentir un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre gauche (facilité à la fatigue, douleurs légères et vagues dans l'abdomen, troubles que la patiente rapportait aux suites de sa dernière grossesse). Ces accidents allèrent toujours en augmentant ; il s'y ajouta des nausées fréquentes, de la facilité aux vomissements. Elle raconte que quand elle était obligée de marcher un peu plus que de coutume ou de faire un travail un peu fatigant, elle était prise de dyspnée, de vertiges, de douleurs aiguës dans tout le ventre, elle avait parfois des syncopes. En même temps, elle s'aperçut d'une tumeur abdominale située, d'après elle, dans le voisinage de l'ombilic, constatée par hasard en se comprimant un jour le ventre avec les mains pour faire cesser ses fortes douleurs abdominales ; pendant quel-

ques mois, les accidents augmentèrent de nombre et de gravité. Elle était fréquemment prise de convulsions comme si elle était épileptique. Dépérissement général et impossibilité de vaquer aux travaux domestiques. C'est pour cela que la malade vient à la clinique, décidée à subir n'importe quelle opération afin d'être affranchie de ses souffrances qui lui rendait l'existence à charge.

Etat actuel. — Squelette bien conformé, pâle et déperie, pannicule adipeux maigre, muqueuses pâles, système ganglionnaire lymphatique normal, cou régulier, corps thyroïde un peu augmenté ; rien dans l'appareil circulatoire et respiratoire. Abdomen dans le décubitus dorsal : à l'inspection, on voit une saillie, une tuméfaction dans la région para-ombilicale qui s'étend beaucoup à gauche ; l'ombilic est légèrement déplacé à droite.

Dans les mouvements respiratoires, la tuméfaction s'abaisse légèrement en inspiration, et se soulève en expiration. Dans le décubitus latéral gauche, la tumeur se déplace à gauche tandis que le ventre s'aplanit un peu antérieurement ; au palper, les parois abdominales sont flasques, peu épaisses et on note l'existence d'une tumeur occupant la région para-ombilicale gauche, s'étendant et pénétrant partiellement dans la région hypochondriaque gauche. Cette tumeur, du volume d'un gros rein, en présentait presque la forme et même au palper on sentait comme une sorte d'incisure ou de dépression rappelant un hile. La tumeur a une surface lisse, une consistance parenchymateuse, rappelant celle du foie ; elle est excessivement mobile et se laisse déplacer dans tous les sens, surtout transversalement, en se déplaçant autour d'un axe longitudinal.

En plus des mouvements de progression de la

tumeur, on peut faire exécuter à celle-ci des mouvements de rotation ; en déplaçant la tumeur, on ne remarque pas qu'elle s'arrête avec prédilection ou plus longtemps dans une des positions où elle a été placée, mais elle reprend de suite la position primitive.

Les deux lignes xipho-ombilicale et ombilico-pubienne ont la même longueur, tandis, qu'il y a un demi-centimètre de différence en faveur de la ligne tirée de l'épine antérieure iliaque gauche à l'ombilic par comparaison, avec la même ligne droite. On remarque ainsi que la tumeur est absolument indépendante des organes génitaux normaux. La matité hépatique est normale ; on remarque également une submatité marquée dans la région splénique habituelle. En plongeant la main sous le rebord costal gauche, on n'arrive pas à palper la rate. A l'examen des reins (palper bimanuel), il me semble sentir la région rénale gauche vide ; de même à la percussion de la région lombaire, il semble exister un son plus clair et tympanique à gauche qu'à droite.

Urines diminuées un peu de quantité, 1.100 gr. par 24 heures, qualités normales.

De tout cet examen, il est difficile d'établir un diagnostic.

En toutes probabilités, en se basant sur les données du palper et de la percussion des reins, on était porté à croire qu'il s'agissait d'un rein mobile douloureux, sans exclure pourtant, la possibilité de quelque tumeur d'autre nature, même d'une rate ectopique, hypothèse qu'on tenait cependant pour peu probable, en raison de la submatité nette de la région splénique.

Cependant, ne pouvant plus supporter les accidents douloureux de la tumeur, dépérissant sans cesse et réclamant l'opération quelque en puisse être l'issue,

la malade nous autorisait à faire la laparotomie exploratrice.

En effet, après bains généraux et lavages soignés de l'abdomen, avec sublimé au millième, l'opération fut faite le 15 mars 1892, par le Professeur Bottini.

Après une nouvelle désinfection de la paroi, après avoir rasé les poils du pubis, circonscrit le champ opératoire avec compresses imbibées de sublimé et endormi la malade au chloroforme, incision de la paroi abdominale de l'ombilic au pubis par couches jusqu'au péritoine. Aussitôt le ventre ouvert, on voit à la partie supérieure de la plaie, un corps qu'on reconnaît pour la rate ectopique, et légèrement hypertrophiée ; en introduisant la main dans le ventre, l'opérateur s'aperçoit qu'elle seule est en cause. En portant la main dans la région splénique, il y constate une résistance diffuse. Ne voulant pas trop tenir la cavité abdominale ouverte, l'opérateur n'insista pas dans son exploration. La rate ectopique extraite facilement, grâce à la longueur du pédicule, celui-ci fut transfixé avec un fil double. On ligatura en entrecroisant les chefs, faisant ainsi deux parties. Réduction du pédicule, fermeture du ventre avec quatre points de suture à anse, comprenant toute l'épaisseur de la paroi et le péritoine ; quelques sutures superficielles. Pansement au sulfophénate de zinc.

Suites normales, apyrexie. Au huitième jour, ablation des fils superficiels ; au douzième jour, des profonds.

La malade, nourrie les premiers jours avec un peu de bouillon et d'œufs, commence à prendre des aliments solides au dixième jour.

Les douleurs abdominales, les convulsions, la dyspepsie disparurent comme par enchantement ; après seize jours, la malade se leva, et bien que faible et

anémique, elle voulut quitter la clinique en déclarant se trouver très bien et bénissant la chirurgie.

J'ai revu la femme le mois passé, elle paraît rajeunie de dix ans.

Elle engraisse et jouit d'une parfaite santé.

Dans ce cas clinique, résumé brièvement, on voit comment un cas de rate ectopique peut exister même avec la submatité dans la région splénique normale.

Ce cas démontre comment une rate ectopique peut donner lieu à un complexus symptomatique si grave, avec altération de la santé générale, qu'il devienne un cas de chirurgie, et comment l'intervention peut rendre la santé primitive.

OBSERVATION XI (résumée)

Walker. — Société de chirurgie
(Séance du 22 juillet 1903)

Malade âgée de 30 ans ; pertes abondantes depuis plusieurs mois. Il existe une tumeur pelvienne et abdominale, située sur la ligne médiane, remontant jusqu'à l'ombilic, faisant corps avec l'utérus, de consistance rénitente.

On porte le diagnostic de fibrome.

A l'ouverture du ventre, on découvre une rate descendue au détroit supérieur et verticalement placée de champ derrière la paroi abdominale. Solidement maintenue dans cette situation par une lame épaisse d'adhérences qui, partant du bord inférieur, couvrait la face antérieure de l'utérus et le bord supérieur de la trompe gauche atteint de salpingite parenchymateuse et oblitérée.

Réséction du pédicule splénique. Section des adhérences et réséction des annexes gauches restées adhérentes à la tumeur, de même que les droites, de

l'appendice recouvert de fausses membranes de péritonite récente.

Rate : poids 515 grammes vidée de son sang ; violacée, congestionnée, couverte de plaques de périsplénite.

Suites normales. Antécédents : nombreux accès paludéens.

OBSERVATION XII

Ectopie pelvienne de la rate, simulant un fibrôme. — Société d'Obstétrique et de gynécologie d'Alger. — (Séance du 12 juin 1926). — MM. Costantini, Vergoz, Marill.

Mme B... Irma, 35 ans, entre salle Bichat le 24 janvier 1926, adressée par M. le Docteur Pouget.

Il y a un mois, elle a présenté des douleurs dans le côté droit du ventre. En même temps, la température monte à 38°5. Pas de vomissements. Un médecin appelé porte le diagnostic de salpingo-ovarite. On place de la glace sur le ventre, on ordonne des lavages et on pratique des injections vaccinales.

L'épisode aigu se calme, puis disparaît.

A ce moment, nouvel examen : on trouve à nouveau, une masse assez petite à gauche de l'utérus. Vu l'absence de phénomènes aigus et de douleurs, en présence de cette masse dure, assez régulière, on pose le diagnostic de fibrôme, soit pédiculé, soit à évolution sous-péritonale.

La malade se fait hospitaliser aussitôt.

Antécédents. — Aucun antécédent en dehors de cet épisode aigu signalé. Aucune perte blanche ou sanguine. *Pas de ptose* (gastrique ou rénale). Aucuns phénomènes douloureux, sauf quelques pesanteurs et douleurs gastriques, sans rapport avec l'alimentation. Rien du côté du flanc gauche et de la fosse iliaque gauche.

Pas de fausse couche, deux accouchement normaux.

Eramen. — Bon état général.

Eramen local. — Utérus en rétroversion. Corps gras de multipare. Sensation de masse dure et régulière à gauche de l'utérus. Les autres culs de sacs sont libres.

Tous les autres appareils sont normaux.

La percussion de la région splénique, faite après l'intervention, ne permettait pas d'obtenir des résultats précis.

Urée sanguine : 0 gr. 30 pour mille.

Formule leucocytaire :

Poly	73	
Mono	22	G. B. : 8.300.
Lympho	1	
Eosino	0	
F. T.....	4	

Intervention. — Le 5 janvier 1926 (Professeur Costantini). On intervient comme pour une hystérectomie. On tombe d'abord sur un col mou, mobile. L'appendice est long, enflammé dans son segment distal. Appendisectomie.

On découvre alors les organes du petit bassin et on dégage la rate occupant ce petit bassin. Elle est de volume à peu près normal (un peu petite, toutefois) et masquée par un voile membraneux. L'organe est complètement dégagé ; on aperçoit un pédicule large, paraissant légèrement tordu, sans toutefois gêner la circulation et paraissant contenir de l'épiloön. Le pédicule est pincé et lié. On fait la splénectomie.

L'utérus est sain, ainsi que les annexes. Le fond utérin est simplement basculé en arrière. On fait une hystéropexie.

Suites opératoires parfaites. La malade sort guérie le 24 janvier.

II. -- OBSERVATIONS DE TORSION AIGUE DU PÉDICULE

OBSERVATION XIII (inédite)

Due à l'obligeance de notre Maître M. le Docteur
Goinard. — Splénoptose. — Splénectomie

Marie S..., 28 ans, entre salle Nélaton, le 17 avril 1914, parce qu'elle a senti depuis quatre ans, une tumeur se développer progressivement dans l'hypochondre gauche.

N'a jamais fait de maladie avant cette époque, pas de fièvres paludéennes, jamais de troubles urinaires, jamais de douleurs lombaires, enfin rien, dans ses antécédents, qui puisse expliquer une hypertrophie de la rate.

Pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

Il y a 5 ans, la malade présente de l'urticaire sur tout le corps, urticaire qui dure un mois environ. En même temps, fatigue générale. Le poisson lui donne des vomissements, et la viande détermine l'apparition de plaques urticariennes. Depuis, dégoût des viandes et des matières grasses. Immédiatement après cet urticaire, *amaigrissement rapide* (en sept mois, perte de treize kilos). En même temps, anémie assez marquée et faiblesse générale.

Depuis cette époque, sensation de pesanteur dans l'hypochondre gauche, douleurs vagues dans l'abdomen et les lombes, et augmentation du volume de la rate. Jamais de fièvre.

Il y a un mois, brusquement, la malade ressent une douleur violente dans l'hypochondre gauche, douleur qui lui arrache des cris. Après une nuit de souffrance,

sans fièvre, sans vomissements, légère amélioration. Mais la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — Anémie légère, la malade boîte (ancienne coxalgie probable). Estomac normal, ne débordant pas les fausses-côtes, non douloureux.

Rate. — Ne paraît pas être dans sa loge. La région splénique est sonore.

Au niveau des fausses côtes et plongeant dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur, semblant avoir la consistance du parenchyme splénique et du volume de la tête d'un enfant. On sent un *bord tranchant qui rappelle celui de la rate*. En position inclinée, la tumeur regagne sa loge splénique, mais déborde cependant les fausses côtes.

A l'écran radioscopique, on constate qu'il n'existe pas d'obscurité de la loge splénique, et que cette obscurité correspond à la tumeur sentie par le palper.

Appareils urinaire, circulatoire et nerveux normaux.

Examen du sang :

Poly	71	G. B. = 4.700
Mono	2	G. R. = 5.400.000
Lympho	6	
Eosino	2	

Splénectomie le 28 avril. Suites normales.

Sang, le 2^e jour après l'opération :

Poly	95	
Mono.	4	G. B. = 9.600
Lympho	1	

OBSERVATION XIV (résumée)

Rate mobile, torsion du pédicule. — Réaction péritonitique. — Splénectomie. — Guérison. — Albert : Verchand d. bes. chir. 1885. T. XIV, p. 63.

Femme, 34 ans, entrée dans la clinique Albert, le

18 février, dans un état d'anémie très prononcé. Pendant sa jeunesse, fièvres intermittentes. A 23 ans, grossesse à terme ; depuis cette époque, les règles sont irrégulières. Elles sont venues, pour la dernière fois, extrêmement abondantes, le 1^{er} février.

Cette malade raconte que depuis un an, elle porte dans l'hypochondre gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse pendant la marche et la station debout. Une pression exercée à ce niveau aurait déterminé des nausées et des vomissements de matières noires. Pendant un an, cette tumeur ne subit aucune modification. Le 15 février, après avoir dansé de 8 heures à 1 heure du matin, sans être lacée, ni corsetée, elle fut prise de nausées, et rentrée chez elle, elle fut prise de vomissements noirs. Elle remarque qu'à ce moment la tumeur est située plus bas et plus à droite qu'auparavant. L'abdomen se tuméfie et devient douloureux.

A l'entrée à l'hôpital, malade très pâle, anémiée, 1.600.000 globules rouges et 26.000 leucocytes par millimètre cube. Douleurs abdominales, nausées et vomissements continuels, 38°9. Le ventre est tuméfié ; au palper, on trouve une tumeur abdominale, occupant l'hypochondre droit, l'épigastre, descendant jusqu'au voisinage du pubis à gauche. Cette tumeur est un peu douloureuse, mate, un peu mobilisable, mais douloureusement, immobile pendant les mouvements respiratoires.

Elle est lisse et séparée de la paroi antérieure par une mince couche de liquide.

8 Mars. — Incision médiane du nombril au pubis. Après écoulement de un litre et demi d'un liquide ascitique, on voit la tumeur, de couleur bleu violacé, présentant à sa surface quelques caillots sanguins et sur ses bords quelques molles adhérences qui la retient

à la paroi. Quelques adhérences analogues en arrière avec l'intestin et l'épilon. Il est facile de voir qu'il s'agit d'une rate hypertrophiée et ectopiée. Une deuxième incision perpendiculaire à la première et dirigée transversalement de l'ombilic vers la droite. Le pédicule, qui a le volume de deux doigts, s'insère sur le milieu de la face postérieure de la tumeur. Il est enserré en deux points, au niveau du hile et 6 centimètres plus loin par des bandes conjonctives formées par le bord droit de l'épilon et par la queue du pancréas que fixent des fauses membranes. Le pédicule est détordu de 180° par un mouvement de rotation de droite à gauche et de bas en haut. Il est sectionné entre deux ligatures en masse. Toilette du péritoine. Suture. Guérison.

La rate enlevée, pèse 2 k. 700. Elle avait 21 cm. de long, sur 17 cm. de large. Son parenchyme était noirâtre et le microscope montra qu'il s'agissait d'un infarctus splénique.

Trois semaines après l'opération : 3.660.000 G. R., 12.000 G. B.

OBSERVATION XV (résumée)

Rate hypertrophiée mobile ; torsion du pédicule. — Péritonite aiguë généralisée. — Splénectomie. — Guérison. — Henri Hartmann (in thèse Lieffring).

J... B..., 18 ans, entre le 8 avril 1893 à l'hôpital Bichat, pour péritonite généralisée.

Début brusque des accidents péritonitiques le 26 mars dans l'après-midi. Douleurs abdominales très vives, sans siège précis, s'accompagnant de vomissements, qui durèrent pendant deux jours. Le 29 mars, la malade est encore un peu souffrante, vomit et éprouve des douleurs abdominales chaque fois qu'elle veut pren-

dre des aliments, mais peut tout de même se lever et travailler un peu. Le ventre qui avait commencé à se tuméfier dès le début des accidents continuait à grossir. Les règles apparaissent à leur époque normale. Douleur à tous les temps de la miction.

Paludisme à l'âge de douze ans, traité par la quinine.

Examen. — Malade bien constituée, mais extrêmement pâle. Yeux excavés ; pouls petit à 120 ; température normale.

Le ventre est ballonné. Matité dans toute la région inférieure de l'abdomen, surtout à droite. La tension des parois empêche toute palpation. Hyperesthésie cutanée.

Rien au point de vue génital.

Quelques vomissements bilieux, avec un état nauséux et des efforts de vomissements presque continuels.

On décide d'intervenir.

Opération le 9 Avril (H. Hartmann).

Avant l'intervention, on constate que la matité a changé de place. La fosse iliaque droite est sonore et la gauche est mate, alors que c'était l'inverse la veille.

Incision sus et sous-ombilicale. L'épiploon, rouge épais, adhérent laisse voir par transparence une masse rouge brun sous-jacente. Adhérences molles et facilement décollables.

Ecoulement de liquide citrin (2 à 300 grammes) un peu rougeâtre, mêlé de débris fibrineux. L'épiploon déplacé, la rate énorme se présente par sa face convexe devenue antérieure. Les anses grêles sont recouvertes et agglutinées par des exsudats fibrineux, facilement décollables de la rate. Le pédicule est tordu deux fois et demi sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Il a le volume d'un cordon ombilical. Liga-

ture après détorsion. Suture totale de la paroi en trois étages.

La rate enlevée est un peu indurée, turgescente sans infractus. Elle pèse 2.190 grammes. Le liquide recueilli dans le péritoine est aseptique.

Suites opératoires normales.

Le 16 août, la malade est revue en parfaite santé. L'examen du sang montre une numération globulaire normale.

OBSERVATION XVI (résumée)

Rate déplacée dans la fosse iliaque droite à pédicule tordu ; splénectomie. — Heurtaux, Bull. Soc. Chir. 1893 (in thèse Bureau).

Une jeune fille, Yvonne C..., 17 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 10 août 1893, pour une tumeur du ventre.

Pas de fièvre intermittente, mais il en existe dans le pays qu'elle habite. Pas de traumatismes ; pas de chutes — elle ne fait pas de travaux exigeant un gros effort musculaire. — Réglée depuis 1 ans, irrégulièrement.

Il y a un mois, au moment où ses règles auraient dû réapparaître, Yvonne C... a éprouvé une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. On découvre, dans cette région, une tumeur d'abord de petit volume, mais qui en quatre jours prend un assez grand développement. En même temps, fièvre et vomissements.

Depuis lors, la malade a toujours souffert et, à peu près chaque jour, elle a eu la fièvre.

A son entrée : pâleur, amaigrissement et faiblesse.

A l'examen du ventre, on voit une tumeur qui fait saillie dans la moitié droite de l'hypogastre.

Au palper, on sent une tumeur arrondie, ferme, non fluctuante, douloureuse, qui présente les limites suivantes :

En haut, au niveau de l'ombilic, en bas, elle s'enfonce dans la cavité pelvienne ; à droite, elle est appliquée sur la fosse iliaque ; à gauche, elle dépasse un peu la ligne médiane. Du côté gauche, la tumeur a la forme d'un bord mousse, épais, au-dessous duquel il est possible d'enfoncer un peu les doigts. La tumeur est absolument fixée.

Ces explorations sont douloureuses, surtout à la partie moyenne de la tumeur, qui est mate dans toute son étendue, les régions avoisinantes étant sonores.

Au toucher vaginal : col sain, utérus médiocrement mobile. Dans le cul de sac antérieur et celui de droite, on sent profondément la tumeur.

Miction régulière ; garde-robes faciles.

La température, dans les trois jours qui ont précédé l'opération, a oscillé entre 37°2 et 38°6, les oscillations étant irrégulières.

Plusieurs chirurgiens examinent la malade : la plupart, croient à une hématocele circonscrite par des adhérences péritonéales ; l'un d'eux pense qu'il s'agit d'un hématosalpinx.

Pendant huit jours, la tumeur augmente de volume et dépasse de trois travers de doigts la ligne médiane. L'état général est toujours mauvais.

Laparotomie le 19 août 1893.

Incision médiane sous-ombilicale. Péritoine adhérent à la tumeur et épaissi. Quand on le décolle, il sort du sang noirâtre et un liquide grisâtre qui semble être du pus. La tumeur est rouge foncé et violacée. On la décolle complètement et après l'avoir attiré hors du ventre, on reconnaît les particularités suivantes :

La rate tombée dans la fosse iliaque droite, a éprou-

vé un mouvement de rotation de trois quarts de cercle, qui s'est effectué de gauche à droite. L'extrémité supérieure est au contact du ligament large droit, où elle adhère. L'extrémité inférieure est à gauche au lieu d'être à droite. La face antérieure est toujours en avant.

Le pédicule est gros comme le pouce, et très tendu. Il est lié en deux faisceaux et sectionné.

Le péritoine adhérait à la capsule en certains endroits et en ces points la décortication se faisait entre le tissu de la rate et sa capsule. L'épiploon adhérent à la partie supérieure de l'organe est lié et sectionné. Deux anses grêles et le cœcum avec l'appendice adhèrent aussi lâchement à la rate et sont facilement détachés.

Toilette du péritoine. Drainage dans le cul-de-sac de Douglas. Fermeture en étages de la paroi.

Malade très faible après l'opération. Mort le 22 août.

A l'autopsie, quelques cuillerées de sérosité purulente enkystées au niveau du cœcum. Pas d'autres traces de péritonite.

Examen de la rate. — Poids 165 grammes, longueur 18 cent., largeur 11 cent., épaisseur 7 cent.

Le tiers inférieur, en réalité le tiers supérieur de l'organe culbuté est à peu près normal, sauf un peu congestionné.

Les deux tiers supérieurs montrent à la coupe un tissu plus compact, mais aussi peu friable, hépatisé en quelque sorte.

Il semblait y avoir une tendance à la nécrose et à l'élimination de la portion de rate enflammée, car on voit sur la surface extérieure de la pièce, et sur la coupe longitudinale, une sorte de sillon qui tend à séparer la partie malade de la partie à peu près saine.

OBSERVATION XVII (résumée)

Rotation de la rate. — Ablation . — Guérison, par
Edward Malins (in thèse Bureau)

Malade petite, âgée de 30 ans, entre à l'hôpital de Birmingham, le 31 décembre 1893, avec l'histoire suivante : mariée depuis 10 ans, quatre enfants, sans fausse-couche ; son dernier accouchement datait de 16 mois. Les règles étaient normales.

Il y a quelque mois, elle remarqua, pour la première fois, une tumeur dans le côté gauche, au-dessous des côtes, mobile, indolore ; elle grossit rapidement, gagna la ligne médiane vers le côté droit et s'étendit aussi vers le bas, mais sans donner lieu à aucun accident spécial. Le 23 décembre, sans aucun effort ni traumatisme, elle fut saisie d'une violente douleur dans l'abdomen avec vomissements et prostration, qui persistèrent sans amélioration jusqu'à son arrivée à l'hôpital.

A l'examen, l'abdomen était distendu, très sensible au toucher. Elle se plaignait d'une grande douleur généralisée. Occupant la partie inférieure de l'abdomen, surtout le côté gauche, se trouvait une tumeur dense, ferme, de surface uniforme, très sensible à la palpation ; on la sentait au-dessus de l'ombilic et vers le côté gauche, mais étant donnée la distension de l'abdomen, on ne pouvait pas la délimiter dans cette direction. Au-dessous, elle passait dans le bassin, repoussant l'utérus en arrière. Le bord pouvait en être senti à travers le cul-de-sac vaginal gauche. Elle paraissait mobile autant que les manipulations le permettaient ; et du côté droit, il y avait un espace libre.

Température 100 f. — Pouls 110. — Expression anxieuse, langue sèche.

Le 2 janvier 1894, incision médiane. On trouva que

la tumeur était la rate hypertrophiée, de couleur pourpre, tendue et tordue d'un demi tour sur son axe. Le pédicule avait près d'un pouce d'épaisseur ; les veines étaient thrombosées et solides. En essayant de le remettre en position, la rotation se produisit, et il semblait y avoir danger de le briser.

Ligatures du pédicule. On enlève la rate en libérant quelques adhérences. Toilette du péritoine qui contient environ 6 onces d'un liquide rouge séreux ; fermeture de la paroi.

Suites opératoires normales.

Examen de la rate par le Docteur Douglas-Stanley : Poids : 2 livres 5 onces. Très hypertrophiée, ferme, de couleur sombre ; hypertrophie générale sans altération de forme ; encoches à peine sensibles. Capsule très épaissie ; torsion très marquée des vaisseaux formant le pédicule. Thrombose complète.

Au microscope : engorgement notable des corpuscules rouges ; les tissus et les mailles du réticulum en sont gorgés. La trame fibreuse et la capsule très épaissies. Pas d'éléments anormaux.

OBSERVATION XVIII (résumée)

Rate hypertrophiée. — Splénectomie. — Guérison par Henri Hartmann (in thèse Lieftring).

A. T..., âgé de 40 ans, entre le 2 avril 1894, à l'hôpital Bichat. Varioloïde en 1870. Pas de paludisme. Réglée à 15 ans régulièrement. Mariée à 19 ans. Deux fausses-couches et un accouchement à terme.

Les premiers accidents de la maladie actuelle remontent à deux ans. A cette époque, amaigrissement, digestions difficiles, éructations sentant l'œuf pourri. Pas de vomissement, selles régulières et mictions normales. Vers la même époque, la malade remarqua entre

l'hypochondre et la fosse iliaque gauche une tumeur qui la gênait surtout lorsqu'elle mettait un corset, si bien qu'elle dû abandonner le port de ceui-ci. Acroissement léger de la tumeur.

Il y a quinze jours, accidents aigus de péritonisme, ballonnement du ventre, vomissements répétés, qui durèrent quelques jours et l'obligèrent à s'aliter. Puis tout rentre dans l'ordre, et mêmes symptômes qu'au-paravant plus une céphalalgie assez intense pour gêner son sommeil.

Etat actuel. — Dans la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'à trois travers de doigts du rebord costal, on trouve une tumeur, qui, en dedans, arrive jusqu'à l'ombilic qui, en dehors, reste à un doigt de la crête iliaque ; tumeur lisse, régulière, renitente, verticale. Elle présente un bord externe tranchant et un bord interne plus arrondi et mousse. Elle est mobile transversalement d'une fosse iliaque à l'autre. On peut la faire pivoter sur son axe et il est facile de reconnaître que l'on a affaire à la rate. Sur son bord interne et antérieur, on trouve une incisure profonde ; mate, indolente au palper.

Pas de matité splénique.

La tumeur est atteinte par le toucher vaginal, qui la montre indépendante de l'utérus. Elle suit les déplacements de la malade et va se placer toujours au point déclive, en pivotant sur son grand axe. En inclinant la malade la tête en bas, la tumeur regagne l'hypochondre gauche. On retrouve alors la matité splénique.

Cœliotomie le 8 avril 1894.

Insicions sus et sous-ombilicale. On attire la rate en dehors, elle ne présente aucune adhérence.

Le pédicule est lamelliforme. Ligature isolée de l'artère splénique, puis ligature en chaîne du pédicule,

qui a le volume de cinq doigts réunis ; thermocautérisation et réduction.

Suture de la paroi en trois plans.

Rate. — Poids 610 gr ; une fois vidée de son sang, 505 gr.

A la coupe, induration scléreuse manifeste.

Guérison sans incidents. L'examen du sang a montré une numération globulaire normale.

OBSERVATION XIX

Vincent et Warot : Bulletin médical de l'Algérie,
1^{er} mai 1907 (résumée)

Ectopie de la rate au cours de la grossesse, déterminant des phénomènes de rétention urinaire, chez une femme antérieurement néphropexiée.

Cathérisme urétéral, permettant d'éliminer le prolapsus rénal, comme cause de rétention. Plus tard, torsion et étranglement de la rate ectopiée.

Péritonite et mort, malgré splénectomie.

Femme de 28 ans, enceinte de trois mois (28 novembre 1906). Il y a dix ans, prolapsus du rein gauche, opéré par néphropexie.

La malade a présenté 5 à 6 crises, que le sondage de la vessie a permis de rattacher à une rétention vésicale.

Métrorragies peu abondantes et intermittentes. Douleur dans le bas ventre et le flanc gauche. Utérus gravide de trois mois.

Présence d'une tumeur abdominale, mobile fort douloureuse, qui se déplaçait facilement de la fosse iliaque gauche jusque dans l'hypochondre correspondant.

Diagnostic : Rein gauche mobile, récidivant, avec hydronéphrose intermittente.

Cependant, la cathétérisme de l'uretère gauche (Docteur Bernasconi) montre un rein gauche en place.

On fait alors le diagnostic de rate ectopée.

La malade, impatientée par tous ces examens, sort de l'hôpital.

Le 22 janvier 1907, douleurs abdominales très vives au bout de quelques heures, pendant lesquelles elles furent plus légères, surtout marquées dans la fosse iliaque droite. Abdomen un peu ballonné, sonore.

Depuis 36 heures, ni selles, ni gaz. Hoquet de temps en temps. Pouls 120. Vomissements bilieux, faciès tiré.

52 heures après le début, on sent dans le flanc droit, une sorte de voussure empatée et mate, très douloureuse à la palpation. Pouls à 120, ni selle, ni gaz, météorisme considérable.

Opération immédiate. — Incision de la crête iliaque aux fosses côtes.

Foyer de péritonite. Couchée sur la fosse lombaire droite, la rate.

Incision médiane, sus-ombilicale. La rate est dégagée. Double torsion du pédicule, dans le sens des aiguilles d'une montre. Veines spléniques grosses, thrombosées.

Ligature en chaîne et section du pédicule. Fermeture et drainage dans l'incision latérale.

Les phénomènes péritonéaux persistent ; mort le surlendemain à sept heures du soir, sans avoir avorté.

Pas d'autopsie.

III. — OBSERVATIONS DE TORSION SUBAIGUËS DU PÉDICULE

OBSERVATION XX (résumée)

Rate énorme, torsion du pédicule, mort. Pas d'intervention. — King (Médical Record, New-York, 1876, t. XI, p. 364). — In thèse Lieffring.

Femme de 31 ans, habitant un quartier paludéen de New-York. Il y a 10 ans, elle a souffert de fièvre palustre avec anasarque et ascite d'une durée de neuf mois. Il y a six ans, elle accouche d'un enfant qui meure au deuxième mois avec une tuméfaction à la rate.

Quelques temps après, elle perd de la même manière, un autre enfant. Il y a trois années et demie, elle accouche normalement de son septième enfant. Rien de particulier à ce moment, mais trois mois après, elle est prise de douleurs vives dans la région splénique et constate la présence d'une tumeur qu'elle compare à une tasse de thé. On pense à une affection de la rate. Cette tumeur se développe en bas et à droite, apportant une forme variable, tantôt ronde, tantôt élipsoïde, tombant vers la droite, lorsqu'elle se tourne de ce côté. On la traite à Chicago pour une tumeur utérine. Au moment des règles, la tumeur augmente de volume pour diminuer ensuite. Depuis trois mois, elle s'affaiblit, souffre de douleurs dans l'hypochondre droit, tant qu'elle est obligée de garder le lit.

Le 24 septembre 1875, elle entre à l'hôpital du **Mont-Sinaï**. Elle a, à ce moment, des selles sanguinolentes (c'est une hémorroïdaire), de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, des sueurs nocturnes et de la fièvre. De temps à autre, elle a des épistaxis. On pense à un lymphadénome de l'épiploon.

La tumeur a le volume d'un utérus à terme. Elle est élastique, mate, parfaitement mobile, présente au milieu de son bord supérieur une encoche profonde et en bas une forme arrondie. L'utérus est mobile, indépendant de la tumeur. Les membres inférieurs sont œdématisés. Pas de cylindres urinaires mais un peu d'albumine. Les avis sont partagés entre un adénosarcôme de l'ovaire gauche et une rate augmentée de volume.

Le 3 décembre, nouvelle consultation. La tumeur a la forme d'un croissant à concavité en haut et à gauche, à convexité en bas et à droite. Son bord inférieur présente deux incisures qui rappellent celles du foie. Pas de matité splénique dans l'hypochondre, pas de leucocythémie.

Le 18, la malade est très affaiblie par suite d'épistaxis répétées. Elle meurt le 27.

A l'autopsie, on trouve une rate énorme et tordue, le hile est en haut et à gauche. La surface de l'organe est lisse, sa consistance solide, son poids d'environ douze livres. Le foie est granuleux. Il y a dans l'abdomen un peu de liquide ascitique.

OBSERVATION XXI (résumée)

Rate mobile. — Torsion du pédicule. — Splénectomie, Guérison. — Prochownick : Deutsch — méd. Woch., 1885, page 479 (in thèse Lieffring).

Femme de 41 ans, vient consulter pour des pertes rouges continuelles, 15 accouchements et 4 avortements, le dernier le 20 novembre 1884. Déjà, avant la dernière grossesse, la malade éprouvait de la lourdeur dans le ventre et une tension douloureuse, à la base du thorax ; parfois même, les douleurs étaient telles, qu'elles amenaient de la boiterie à droite ou à gauche.

Dilatation, curettage et lavage de l'utérus. Pendant l'anesthésie, on constate la présence d'une tumeur, indépendante de l'utérus, mobile et peu sensible. La forme, l'absence de matité splénique, la présence des reins dans leur situation normale, font penser à une rate mobile.

Pendant plusieurs semaines, on essaie de calmer les douleurs et de faire cesser les troubles de la marche. Ceux-ci se montrent, soit dans le membre droit, soit dans le membre gauche, selon que la rate se déplace de l'un ou de l'autre côté, spontanément ou par ce qu'on l'y refoule. Tous les bandages, pelotes ou pessaires, ne provoquent aucun soulagement.

Laparotomie. — La rate hypertrophiée mesure 21 cm. sur 15 ; son pédicule, très large et assez long, est tordu sur son axe d'un demi tour. On la dégage de la partie droite de l'excavation. Après détorsion, son pédicule se raccourcit fortement et diminue de moitié par suite de son élasticité. Une première ligature en masse est placée, puis chacun des vaisseaux est lié séparément. Réduction du pédicule. Guérison.

La malade reprend des forces, rajeunit, au point qu'elle est méconnaissable, sa démarche est facile et elle n'éprouve plus la moindre pesanteur.

OBSERVATION XXII (résumée)

Rate mobile, splénectomie, guérison. — Mort ultérieure par tuberculose pulmonaire. — Julius Metzgers *Zeitschr. f. Geb. in Gyn.*, 1890, t. XIX, page 31. — (In thèse Lieffring).

Femme de 35 ans, sept accouchements à terme, le dernier, il y a onze semaines. Pas de malaria. Pendant sa dernière grossesse, elle éprouva des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Les douleurs augmentaient

progressivement, et la marche devint peu à peu impossible en raison des douleurs dorsales intolérables. La grossesse continua néanmoins et l'accouchement se fit normalement.

12 juin 1889. — Chez cette malade amaigrie, on constate l'existence d'une tumeur mate, du volume d'une tête d'enfant, s'arrêtant en haut à un travers de main de l'ombilic, allant transversalement de la ligne blanche à la paroi du bassin, arrivant au contact du doigt placé dans le cul-de-sac postérieur droit. Le corps utérin est en rétroversion et dévié à gauche, les annexes gauches sont saines.

La matité splénique est conservée.

Sous le chloroforme, on retrouve l'ovaire droit, situé contre la paroi droite de l'excavation.

20 juin 1889, laparatomie par Lohlein. On trouve une rate hypertrophiée, reliée par des adhérences lâches et faciles à détacher, à la paroi abdominale droite et antérieure. Cette rate est enclavée dans l'excavation. De son hile qui regarde en arrière, par un pédicule membraneux qui offre des connexions avec les ligaments normaux de la rate. Ligature avec deux fils de soie. L'artère et la veine spléniques très augmentées étaient probablement la cause de la matité splénique. Plusieurs autres petites ligatures au catgut.

Il semble que la rate était mobile antérieurement à la dernière grossesse et que son refoulement à droite en même temps que les adhérences, a été déterminé par le développement de l'utérus gravide.

Douze jours après l'opération, gonflement un peu douloureux du corps thyroïde. Ce gonflement disparaît au bout de quelques jours.

Quatre semaines après l'opération, un peu d'exophtalmie. Guérison opératoire, mais le mois après, mort d'une tuberculose pulmonaire que rien n'indiquait avant l'intervention.

OBSERVATION XXIII

Extirpation d'une rate ectopiée avec torsion du pédicule par le Professeur Runge (M. de Gottingen) Ber. Klin. Woch. 22 avril 1895. — (In thèse Bureau).

La patiente âgée de 21 ans, de bonne santé habituelle, d'aspect assez robuste, n'ayant jamais accouché, se plaint d'une augmentation du volume du ventre avec douleurs exagérées par les mouvements ; elle souffre également de gastralgie.

Dans le petit bassin existe une tumeur un peu allongée grosse à peu près comme deux poings, de consistance analogue à celle du rein, qui refoule l'utérus en rétroflexion, mais ne présente aucune adhérence avec les organes génitaux profonds.

Cette tumeur est en effet très mobile, se laisse refouler vers le haut jusque dans le creux épigastrique, jusqu'aux côtes droites et même sous les côtes gauches ; en même temps qu'on déplace la tumeur, l'utérus reprend sa position normale.

L'examen du sang ne dénote aucune augmentation des globules blancs. L'urine est normale.

Le diagnostic n'est pas établi avec certitude ; il oscille entre une rate mobile et un rein en ectopie.

Les violentes douleurs éprouvées par la malade invitaient à une laparotomie sous chloroforme. La tumeur est attirée en dehors à travers l'incision faite sur la ligne blanche. Elle présente des adhérences multiples avec l'épiploon, lesquelles sont liées puis sectionnées : c'est la rate, extrêmement hypertrophiée, congestionnée et pourvue d'un pédicule très allongé.

Le ligament gastrosplénique très étiré et renfermant dans son épaisseur la queue du pancréas, est tordu une fois sur son axe. Après détorsion du pédicule, on fait une double ligature sur les gros vaisseaux de celui-ci, on traite le ligament spléno-diaphragmatique, puis la

rate est sectionnée au ras du pancréas ; après quoi, on suture avec soin la surface du pédicule.

Quelques sutures passent également dans le tissu du pancréas. Fermeture de la plaie abdominale.

La rate enlevée est longue de 17 cm. $\frac{1}{2}$, large de 12, épaisse de 6, et pèse 850 grammes. Les veines du hile sont remplies de sang coagulé ; les artères sont perméables.

La rate est très congestionnée. Sur une surface de section, elle présente une couleur rouge sombre et, en quelques points, il existe de grands épanchements sanguins dans l'épaisseur du parenchyme. Ce sont, en somme, les mêmes lésions que dans la torsion simple d'un pédicule d'un kyste de l'ovaire : obstacle au retour du sang, forte hyperhémie, épanchement sanguin dans la tumeur, formation d'adhérences avec les organes voisins.

L'examen minutieux de la rate fait à l'institut pathologique, rapprochait les lésions de celles d'une rate leucocythémique. Mais l'observation clinique contredit absolument ce diagnostic. On peut seulement parler de splénite chronique. Manifestement, l'organe primitivement hypertrophié avait acquis par suite de la stase sanguine due à la torsion du pédicule, un volume considérable.

Suites opératoires normales.

Après une hyperleucocytose passagère, tout rentra dans l'ordre, et 35 jours après l'opération, la malade pouvait rentrer chez elle.

OBSERVATION XXIV

Kadygrobhoff. — Chirourghi, janvier 1908. —
(In thèse Aillaud).

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de rate mobile dont le pédicule s'était tordu. Il s'agit d'une

malade de 22 ans, enceinte de trois mois, qui ressentait de vives douleurs abdominales. S'étant soumise au traitement d'une avorteuse, elle avorta dans les huit jours ; mais les douleurs de ventre continuant, elle se décida au bout de quatre mois, à entrer à l'hôpital. On constata alors dans l'abdomen, en bas et à droite, une tumeur ovoïde peu mobile. Par le toucher vaginal, on sentait le pôle inférieur sans connexion avec l'utérus.

La laparotomie permet de découvrir une tumeur constituée par la rate, très augmentée de volume, descendant dans le petit bassin. Le pédicule est tordu quatre fois ; on rompt des adhérences, on fait la ligature du pédicule et la splénectomie. La guérison se fait sans accidents.

La rate pesait 1.300 grammes ; sa couleur était jaune rougeâtre à la coupe. Au microscope, pas de traces de la structure normale de la rate, mais des signes d'infarctus ancien.

OBSERVATION XXV (résumée)

Orsos Peïs. — Virchow's Archiv., tome 97
(In thèse Aillaud).

Une femme de 21 ans, présentait depuis sa dernière grossesse, c'est-à-dire depuis 3 ans, des phénomènes abdominaux douloureux, ayant leur point de départ dans l'hypochondre gauche. On sentait, au niveau du détroit supérieur, une tumeur résistante, mobile dans tous les sens, mais adhérente à l'utérus.

Cette tumeur devient douloureuse, en même temps qu'on observe des phénomènes généraux : fièvre, frisson, vomissements. Après laparotomie, on trouve la rate cinq fois plus grosse que d'habitude avec un long pédicule ayant effectué une torsion de 360°, la rate est

reliée à l'utérus par des adhérences que l'on rompt facilement.

On fait la splénectomie, et la malade guérit.

A l'examen de la tumeur, on trouve les veines du pédicule thrombosées ; le parenchyme splénique est détruit par places, par des infarctus jaunâtres et, par suite, anciens.

OBSERVATION XXVI (résumée)

Rate mobile à pédicule tordu. — Archibald Maclaren.
— Association Américaine de Chirurgie (séance du 3 au 5 mai 1910).

Femme de 51 ans. Chute en 1907 du haut d'une chaise sur le ventre. Depuis, crises de dyspnée avec palpation. En 1909, diarrhée sanglante et douleurs pelviennes.

Il existe dans le ventre une tumeur de forme irrégulière immobile, siégeant à droite de l'utérus.

L'opération montra qu'il s'agissait d'une rate à pédicule tordu, qui fut facilement extirpée. Suites opératoires simples. Guérison. L'examen du sang n'a rien montré de particulier.

Le pédicule de la rate ectopiée mesurait 25 centimètres. Il était tordu deux fois sur son axe, mais cette torsion ne semblait pas avoir gêné la circulation, car la rate présentait un volume et une consistance normale.

OBSERVATION XXVII

Thèse Aillaud, 1910

E... A..., repasseuse, âgée de 35 ans, entre à la salle du Vair, avec le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Nous trouvons dans ses antécédents une fièvre typhoïde et des accès paludéens.

Réglée à 17 ans. Mariée à 19 ans. Un accouchement difficile, pas d'avortement ; toujours bien réglée.

Il y a sept mois, la malade se croit enceinte, et pendant six mois, elle présente une sensation de pesanteur, sans aucune douleur. Il y a cinq semaines environ, la malade est prise de vomissements et de douleurs dans le ventre. Elle entre à l'hôpital huit jours après le début de ces douleurs.

La malade n'a jamais accusé de ténésme vésical, ni de rétention d'urine. Les règles sont régulières, mais très peu abondantes.

Pas de troubles des autres organes.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente le faciès ovarien de Spencer Wells.

A l'examen, le ventre de la malade pointe en avant ; les téguments sont distendus ; l'ombilic est étalé.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie, lisse, située à gauche. A la percussion, matité de la tumeur.

Au toucher, on sent une ascension du col utérin, avec déviation de l'utérus à droite. Les mouvements communiqués à la tumeur, ne se communiquent pas à l'utérus.

Pendant les cinq premiers jours d'hôpital, la malade présente une réaction, péritonéale nette. Faciès grippé ; pouls à 130 ; douleurs vives, vomissements fréquents. On fait de la spartéine, de la strychnine et du sérum ; au bout de cinq à six jours, les phénomènes douloureux s'amendent, la température tombe et le faciès redevient normal.

Opération le 24 novembre.

On tombe sur une masse blanchâtre, demi fluctuante. On détruit facilement les adhérences, et on trouve un tissu friable, en bouillie, de consistance semi liquide, de couleur brun rougeâtre. Pour l'extraire, on doit aller jusque sous le diaphragme.

Extraction après ligature du pédicule. On cherche alors les connexions, et on ne trouve aucune relation avec les organes génitaux.

Cette tumeur présente l'aspect d'un placenta et on pose le diagnostic de grossesse péritonéale.

Examen de la tumeur. — A la coupe, la tumeur offre l'aspect et la couleur de la rate. La partie périphérique est en bouillie, la partie centrale ressemble à du tissu splénique.

Au point de vue microscopique, on trouve par endroits, la structure trabéculaire de la rate, sans corpuscules de Malpighi.

On trouve des foyers hémorragiques et, par endroits des foyers de nécrose.

Suites opératoires. — Le lendemain, ni fièvre, ni choc opératoire, cicatrisation par première intention. La malade sort guérie.

OBSERVATION XXVIII

Pavios Ar. — Pétridis. — Torsion et ectopie de la rate. — Lyon Chirurgical (1918).

Stavos Papad, 20 ans, célibataire, de Chypre, entre dans notre service le 2 février (v. s.) 1914.

Antécédents. — Père bien portant ; mère morte huit jours après accouchement ; deux sœurs et trois frères, dont un seul est malade, d'œdème des membres inférieurs de nature indéterminée.

Enfance. — A l'âge de douze ans, une angine simple. Depuis lors, aucune affection.

Maladie actuelle. — Depuis deux mois, inappétence et douleurs d'intensité moyenne à l'ombilic ou plus exactement à sa gauche après les repas ; fièvres et sueurs n'ont jamais apparus.

Huit jours avant son entrée dans le service, le matin au lever, il ressent des douleurs très fortes à la région ombilicale qui l'empêchent de plier le corps. La douleur, dit-il, n'était pas comme un coup de couteau, mais comme si quelque chose le serrait.

Pendant quatre jours, pas de selles ; le cinquième, un laxatif ; selles et diminution des douleurs. Dans l'après-midi du cinquième jour de la maladie, il se rend au cabinet de consultation d'un médecin qui pose le diagnostic d'appendicite et prescrit le traitement approprié. Le malade le suit et emploie les cataplasmes qui lui font un grand bien. Sixième jour, continuation des cataplasmes et diminution des douleurs. Septième jour, les douleurs diminuent progressivement. Pour la première fois, il s'aperçoit d'un gonflement et d'une résistance à l'hypogastre et dans la fosse iliaque. Huitième jour, entrée dans notre service.

Etat actuel. — Taille moyenne ; aspect qui ne trahit rien d'aigu ; muqueuses, assez bien colorées ; cœur, bruits clairs ; pouls régulier ; aux poumons, murmure vésiculaire normal ; foie ne paraît pas augmenté ; *rate, la région splénique est claire à la percussion, mais notre attention n'y est pas spécialement attirée.* Extrémités, rien d'anormal.

Examen de l'abdomen. — A l'inspection, nous trouvons une voussure nette qui occupe la moitié droite de l'abdomen et qui, commençant au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, arrive à l'ombilic et de là au pubis.

A la palpation, nous croyons trouver la tumeur plus grande que l'inspection ne le laissait présumer. Elle dépasse la ligne blanche à gauche, elle est dure, douloureuse à la pression, mate à la percussion et elle ne présente pas de fluctuation.

Examen digital par le rectum. — Nous trouvons sur la ligne médiane, une tumeur molle, douloureuse à la pression, haut située, à peu près à la hauteur du fond de la vessie. Le soir de son entrée dans le service (2 février 1914), on a pensé, au premier moment, à la *réten-tion urinaire suivie d'une énorme dilatation de la vessie proéminant* au niveau du ventre. Les renseignements donnés par la malade sur le fonctionnement normal de la vessie et le cathétérisme pratiqué séance tenante, ont exclu ce soupçon.

Les jours suivants, nous pouvons circonscrire une tumeur moins mobile, mais mieux délimitable. L'état général s'améliore, l'état aigu est exclu. *Soupçon d'une tumeur de nature tuberculeuse.* Un jour avant l'opération, lorsque le météorisme a disparu, et la défense musculaire diminué, la tumeur devient plus nette et notre soupçon d'une tumeur kystique ou d'un abcès froid se fortifie. Une autre opinion émise dans le service est celle de kystes d'échinocoques.

Sang (4 février 1914) :

G. M.....	5,8	
M. M.....	5,3	G. R. = 3.000.000
L	20,4	
P. B.....	0,4	G. B. = 15.000
P. E.....	3	
P. N.....	63	
P. T.....	1,1	

Opération le 6 février 1914. — Examen sous chloroforme, immédiatement avant l'intervention.

Sous la narcose générale, nous retrouvons la même tumeur, mais plus nettement délimitable, et présentant la conformation suivante :

Tumeur plutôt ovoïde, de la grosseur d'une tête d'enfant, qui porte un col à son pôle supérieur et qui se dirige à gauche et en haut.

Dans sa position ombilicale, près du col de la tumeur, nous trouvons une voussure molle et fluctuante qui donne l'impression d'un kyste tendu ; elle est retrouvée plus tard pendant l'opération. Après cet examen, sous chloroforme, notre diagnostic reste le même : *Tumeur kystique, aucun soupçon de rate.*

Opération. — Persuadés qu'il s'agit d'une tumeur kystique occupant la moitié inférieure de l'abdomen, nous menons l'incision de l'ombilic à la symphyse pubienne. Jusqu'à l'ouverture de la cavité péritonéale, rien de remarquable à noter. Ouverture de la cavité péritonéale : immédiatement, se présente la tumeur ; elle est de couleur cendre, mais un peu noirâtre, se rapprochant de celle d'un kyste plein de liquide séro-sanguin (par exemple, kyste de l'ovaire).

Notre opinion se renforce de plus en plus qu'il s'agit d'une tumeur kystique, probablement du mésentère.

L'épiploon recouvre toute la face inférieure de la tumeur à laquelle il adhère intimement. Mais il est si mince, on dirait transparent, et si altéré, qu'une certaine attention est nécessaire pour le reconnaître. En même temps, il a de fortes adhérences avec la tumeur et les parois abdominales, mais surtout avec la première. Nous incisons l'épiploon à la partie correspondant au milieu de la tumeur, nous l'en détachons et le poussons vers la périphérie ; surtout en haut et latéralement.

Alors apparut la tumeur plus nette avec les caractères mentionnés. Elle présente de la fluctation, de sorte que, pour peu, il eut fallu la ponctionner. Ce qui nous retient de le faire, c'est la pensée d'éviter une infection probable par le liquide qui s'écoulerait de la ponction. Détachement digital attentif et lent de la tumeur et des parois abdominales ; avec difficultés, on arrive au petit bassin, d'où l'on parvient à extraire le

pôle inférieur de la tumeur, qui y est engagée comme un tampon. Elle présente des adhérences récentes avec les tissus voisins.

C'est alors que l'aspect caractéristique de la tumeur, que nous avons maintenant entière devant nous, nous fait voir clairement, à notre étonnement, qu'il s'agit de la rate ectopiée.

Nous continuons l'exploration en haut vers le pédicule. Comme l'incision originelle ne suffit plus, nous l'allongeons en haut et au-dessus de l'ombilic et à gauche parallèlement à la ligne médiane ; alors se fait voir clairement la continuité de la rate. En même temps, nous remarquons que le prolongement de la rate est différent tant dans son aspect que dans sa consistance, qu'à un moment donné nous admettons qu'il s'agit d'une tumeur néoplasique du pôle supérieur de la rate dans laquelle était comprise une partie de l'épiploon. Alors, nous découpons aux ciseaux l'épiploon des deux côtés de la tumeur en la décollant de son voisinage.

Le pédicule, à son origine, à la grosseur d'un poing et finit par avoir celle du doigt et se dirige de bas en haut et de droite à gauche vers le rebord costal gauche. Des battements de vaisseaux dans son milieu ne sont pas constatés, et il nous donne toujours l'impression d'une tumeur néoplasique. A son bout terminal, ligature. En dehors de ce prolongement, nous trouvons la queue du pancréas que nous laissons intacte. Après ligature, extraction de la tumeur. En ce moment, apparaissent les intestins, dont quelques anses offrent de récentes adhérences entre elles, qu'on parvient facilement à défaire du doigt. Irrigation de la cavité abdominale au sérum physiologique chaud avant et après l'ablation de la rate mobile. Suture par couches, drain de gaz à l'angle supérieur de la plaie.

Examen macroscopique de la rate. — Forme fusiforme, l'une des deux faces donne l'impression d'être l'interne, tandis que l'autre paraît être l'externe, ce qui n'est pas en réalité. La face, en apparence externe, est en réalité l'interne qui contient le hile. En outre, la rate présente de la péricapnité.

Largeur	13 cm.
Longueur	19 cm.
Poids	500 gr.

Ces chiffres sont ceux que nous trouvons quatre jours après la splénectomie. Le poids de la rate doit être évalué de 800 à 1.000 grammes au moment de son ablation, lorsque son volume était doublé à peu près.

La face externe est concave au lieu d'être convexe, parce que probablement la rate reposait sur la colonne vertébrale et sur le squelette pelvien. La face interne est parfaitement convexe, de sorte que s'il n'y avait pas eu de hile, on aurait cru se trouver en présence de la face externe de la rate.

Consistance de la rate. — Elle est celle d'une rate fortement hyperhémiee qui présente en même temps de la péricapnité.

Pédicule (hile et autre tissus).

A la base nous observons une tumeur du volume d'un petit rein kystique, de 11 cm. de longueur et de 5 à 6 cm. de largeur.

Au-dessus du premier, nous trouvons un autre renflement en forme d'hélice de 5 cm. de longueur. Un peu plus haut, un troisième plus petit. Ces renflements seraient produits à la suite de trois rétrécissements du hile de la rate.

La dissection du pédicule montre les faits suivants :

1° Le premier renflement est constitué de multiples couches d'une sorte de sac très épais et plein de sang

coagulé et d'une partie des vaisseaux du hile dilatés par la torsion ;

2° Les deux autres renflements sont semblables au premier ;

3° Les renflements et les rétrécissements offrent des adhérences avec l'épiploon ;

4° Dans la préparation anatomique, on ne trouve pas de tissus étrangers. Décours post-opératoire.

Normal. Réunion per. priman. Guérison.

IV. — OBSERVATIONS DE TORSION INTERMITTENTE DU PÉDICULE

OBSERVATION XXIX (inédite)

due à l'obligeance de notre Maître
M. le Docteur Goinard.

Syndrome de l'hypochondre gauche. — Ptose splénique. — Lithiase biliaire, sans signes cliniques.

S... Catherine, 60 ans, entre salle Nélaton, le 22 février 1927, pour douleurs épigastriques.

Début il y a deux mois. A cette époque, la malade fut prise à cinq heures du matin, après un dîner plus copieux que d'ordinaire, d'une douleur violente, transfixiante, siégeant dans l'hypochondre gauche, irradiant dans les lombes, le bas ventre et le membre inférieur gauche, et remontant aussi du côté du thorax, jusque dans l'épaule. Vomissements alimentaires, qui ne soulagent que légèrement la malade, dont la crise douloureuse se poursuit jusque dans l'après-midi, vers trois heures. Les urines sont rouges, aux dires de la malade, puis redeviennent claires deux jours après. Les selles

assez abondantes, sont normales, non décolorées. Pas de température au cours de la crise, pas d'ictère.

Un mois et demi plus tard, crise à peu près analogue. Le siège et les irradiations de la douleur, sont à peu près identiques, mais elle s'est produite à quatre heures de l'après-midi, sans cause occasionnelle. Cette fois, pas de vomissements. Urines rouges. Cette seconde crise dure toute la nuit et ne s'arrête qu'au matin. La malade n'a jamais remarqué de sable dans ses urines. Jamais d'hématémèses, ni de mœlena.

Ces deux crises ont un début progressif et une détermination progressive. Ainsi, la première débute à cinq heures du matin et ne devient forte qu'à huit, c'est-à-dire trois heures plus tard. Elle met aussi deux ou trois heures pour cesser complètement.

Urines claires, sans dépôt, polyurie.

Antécédents. — Grippe il y a un mois et demi. Douleurs névralgiques de l'hémiface et du membre supérieur droit, depuis l'âge de 20 ans. Sciatique fréquente.

Paludisme à l'âge de 18 ans, jusqu'à 50 ans, survenant par petits accès jugulés par la quinine.

Pas d'autres antécédents morbides.

Marié à 21 ans, 4 grossesses, dont les 3 premières arrivées à terme et enfants bien portants. La 4^e, il y à 27 ans, terminée par une fausse-couche spontanée de 4 mois et demi, survenue au milieu de la nuit et accompagnée d'une hémorragie intense.

Prolapsus très marqué : le col sort de la vulve, quand on fait tousser la malade. Il date de la 4^e grossesse.

Examen. — Bon état général. Température 37°. Pouls 60.

Langue un peu saburrale. Amaigrissement.

Ventre souple, pas de points douloureux. Foie normal.

La rate n'est pas sentie sous le rebord costal. La

percussion de la région splénique paraît plus sonore que normalement.

On sent, à gauche de l'ombilic, assez en dedans du flanc gauche, une masse de forme cylindrique, dont on délimite bien le bord interne et le bord externe, d'une largeur de cinq à six centimètres environ. Le pôle inférieur est bien net, arrondi. Le pôle supérieur est moins facile à limiter, mais il est certain que la tumeur ne se prolonge pas vers le haut.

Palpation indolore ; consistance résistante, pas dure. Mobilité transversale possible ; mobilité de haut en bas assez facile à obtenir.

On ne remonte pas complètement la masse jusque dans la région sous-diaphragmatique.

Examen radiographique. — Estomac dont la portion horizontale n'est pas visible. Aucun calcul urinaire, calculs biliaires.

L'examen bactériologique des urines vésicales montre de très nombreux colibacilles.

La malade, ayant refusé l'intervention qu'on lui propose, sort de l'hôpital. Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION XXX (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Duboucher

Femme âgée de 35 ans qui est vue tout d'abord par le Docteur Cattoir, à Maison-Carrée. Elle présentait des crises abdominales douloureuses donnant l'impression d'une torsion périculaire intermittente (douleur à début brutal, nausées, vomissements alimentaires, muqueux et bilieux, ballonnement, arrêt des gaz et des matières, température normale). L'examen montra au Docteur Cattoir la présence de la rate dans la région hypogastrique et la malade fut hospitalisée avec le diagnostic de rate en ectopie pelvienne avec torsion intermittente du pédicule.

Au toucher bi-manuel, l'organe coiffait le fond de l'utérus et les doigts glissés dans le cul-de-sac antérieur accrochaient facilement son bord antérieur tranchant dont la palpation devenait des plus précises, emportant le diagnostic d'ectopie de la rate. La main abdominale palpaît d'ailleurs, avec non moins de facilité, la face convexe et on acquérait ainsi la certitude d'une descente de la rate par une véritable translation parallèle.

En position de Trendelenburg, la rate remontait facilement et regagnait l'hypochondre gauche. Elle était fortement augmentée de volume, uniformément dure à la palpation.

Les antécédents palustres chargés firent songer à une hypertrophie paludéenne, et étant donné la bonne résistance du sujet, et la répétition des accidents, l'état normal du foie, la splénectomie fut décidée et exécutée sous anesthésie générale, avec la plus grande facilité, par une incision sous-ombilicale médiane.

L'organe enlevé est trois fois plus volumineux qu'à l'état normal. Il est dur à la section qui montre un aspect uniforme avec hyperplasie des corpuscules de Malpighi, plus nombreux et plus volumineux que normalement. Pas de nodules Gandy-Gamma. Pas de trace d'infarctus. Les vaisseaux du pédicule paraissent sensiblement augmentés de volume.

Suites des plus simples.

OBSERVATION XXXI

Cas de Helm et Klob (Weiner Wochenbl, 37, 1856)
(in thèse Lieffring).

Femme de 21 ans, ayant eu, il y a deux ans, une fièvre intermittente de plusieurs mois ; malade depuis, elle présenta des crises abdominales douloureuses, durant deux ou trois jours, cédant aux calmants.

Le 7 mars, douleurs nouvelles très violentes, dans la partie gauche du ventre, accompagnées de fièvre et de vomissements ; cause de son entrée à l'hôpital : violentes douleurs faciales. Respiration et parole difficiles et pénibles. Ventre assez développé. Entre les côtes et l'os iliaque, on sent une tumeur sensible à la moindre pression, de la grosseur d'une tête d'enfant, fortement appliquée à la paroi abdominale.

Vomissements persistants. Région splénique sonore. Mort le même soir dans des souffrances atroces.

Autopsie. — Abdomen rempli de gaz et de sérosité épaisse, de couleur chocolat (environ 18 litres). Le foie repoussé en haut. La rate a la grosseur quadruple de son volume, dense, dure, de couleur ardoisée ; capsule épaissie, ridée, reposant sur la face interne de l'os iliaque gauche. Le hile regardant en haut, suspendu à un pédicule formé par les vaisseaux spléniques, le tissu ambiant, le pancréas, les ligaments pancréatio-spléniques.

La rate fait deux fois le tour de son axe, et le pancréas s'enroule en spirale sur le pédicule étroit de ce fait. Les veines sont gorgées. L'estomac se trouve dans l'hypochondre gauche, la grande courbure dirigée en haut, et la face postérieure regardant en avant. La dernière portion du duodénum est comprimée par le pancréas et rétrécie de ce fait.

OBSERVATION XXXII

Rate mobile. — Pédicule tordu. — Ablation. — Guérison. — Lawranson New Orléans méd. and surg. Journ., 1888-1889, Tome XVI. — (in thèse Lieffring).

Femme de 31 ans, mariée depuis 10 ans, ayant eu six enfants, dont le plus jeune a trois ans. Jamais de fausses-couche. Bonne santé habituelle, sauf des métror-

ragies, une il y a six ans, plusieurs autres, dix mois plus tard.

Il y a quatre ans, habitant un pays paludique, elle commença à souffrir de fièvre chaque année.

Il y a deux ans, époque à laquelle son médecin lui dit qu'elle avait une tumeur paludique, elle commença à souffrir de fortes douleurs dans le dos, les côtés et le bassin. Ces douleurs imputées à l'utérus, étaient périodiques et lancinantes. La santé générale s'altéra rapidement, les règles devinrent abondantes et douloureuses. L'appétit disparut, il survint de la céphalgie avec nausées et insomnie.

A son entrée, le 12 mars 1888, la malade qui avait la mine d'une personne atteinte de cachexie palustre, se plaignait de douleurs pelviennes surtout marquées dans le côté gauche. Les règles étaient régulières mais abondantes et d'une durée de cinq à six jours, précédées et accompagnées de douleurs. La station debout et la marche étaient pénibles. Plusieurs médecins firent à ce moment, le diagnostic de *fibrôme utérin*.

Je trouve un utérus très augmenté en rétroversion ; le col hypertrophié était déclive et dur. L'utérus avait à peu près le volume d'une tête d'enfant, remontait jusqu'à l'ombilic, était dur, sensible et parfaitement mobile. Sa cavité mesurait 4 pouces.

Je confirmai le diagnostic de fibrôme, et l'on eut recours à l'électricité, appliquant un pôle dans l'utérus, et faisant des séances de 8 minutes avec un courant de 75 milliampères.

A chaque séance, la malade accusait des douleurs pelviennes intenses et était obligée de garder le lit pendant plusieurs heures.

Au bout de cinq semaines de ce traitement, l'utérus avait considérablement diminué de volume, et la menstruation était redevenue normale.

Le 13 mai, à la suite d'une course dans la salle, la

malade fut prise d'une douleur lancinante et intolérable dans le côté gauche, douleur que l'on ne peut calmer par l'opium et la morphine.

Le 14, je trouvai à gauche de la ligne blanche, une tumeur ayant l'aspect d'une rate hypertrophiée, complètement distincte de l'utérus, très mobile, pouvant se réduire au-dessous des fausses côtes gauches. On cessa le traitement électrique et l'on donna, à cause de la périodicité des douleurs, de la quinine à hautes doses.

Un mois plus tard, le 15 juin, les douleurs étant plus continues, on fit deux fois par jour dans la rate, des injections de strychnine et de codéine. Aucune amélioration.

Le 2 août : laparotomie ; incision de sept pouces, dont un au-dessus de l'ombilic. La rate apparaît immédiatement, son pédicule long de huit pouces, est tordu. Par suite de ce fait, la circulation de retour est interrompue et les veines énormes atteignent la grosseur de l'intestin. Section du pédicule entre deux ligatures, puis ligatures séparées de chaque veine et de chaque artère. Guérison.

La rate enlevée pesait 54 onces $\frac{1}{2}$; elle avait 12 pouces $\frac{1}{2}$ de long, 7 de large et 4 d'épaisseur. Une fois dégagée du sang qu'elle contenait, elle avait son volume normal et présentait au microscope une structure également normale.

OBSERVATION XXXIII

Vincent et Cabannes. — Bulletin Médical de l'Algérie,
1^{er} juin 1904.

Madame X..., 32 ans, a eu trois grossesses normales. Pas de paludisme.

Depuis dix-huit mois seulement, elle dit ressentir

des douleurs abdominales, qui surviennent par crises, à la moindre fatigue, et que le repos au lit calme difficilement. En mars, nous examinons la malade. Rien à noter dans l'état général, qui est bon.

Le ventre n'est pas distendu. Il est submat dans la fosse iliaque droite et sonore dans les flancs. Le palper permet de constater l'existence d'une tumeur dans le bassin, à droite, mais elle est mal perçue. Au toucher, elle paraît arrondie, rénitente, de la grosseur du poing et elle est exactement située dans le cul-de-sac postéro-latéral droit ; ses limites sont imprécises. Comme cette malade accuse une récente crise de douleurs, nous la rapportons à un accroissement de la tumeur.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, M. le Professeur Vincent, nous fait remarquer que la tumeur est aplatie ; elle semble avoir changé de forme. Il la trouve trop dure, pour une tumeur kystique, elle n'est pas fluctuante. Comme la malade n'a pas, à ce moment, raconté exactement le début de ses douleurs et leur longue durée (elles remontent à 10 ans en réalité), comme elle a dit dans ses premiers interrogatoires, ne souffrir que depuis quelques mois et qu'on arrivera à reconstituer son histoire, qu'une fois la laparotomie faite, en lui rappelant pour ainsi dire ses crises, on s'en tient au diagnostic probable de tumeur solide de l'ovaire.

La laparotomie est pratiquée le 18 avril, par M. Vincent. On arrive d'emblée, sur une rate ectopiée dans le cul-de-sac de Douglas, et présentant son gros pôle en bas. Elle est suspendue à un pédicule graisseux de 15 cm. de long, de 4 à sa base. Le pédicule est tordu à sa base de gauche à droite. Il est lié et sectionné.

La rate paraît d'aspect normal. Elle pèse 787 grammes après dégorgement du sang. Elle mesure en lon-

gueur 26 cm., en largeur 16 cm., en hauteur à sa grosse extrémité 7 à 8 cm.

Suites opératoires simples.

Sang le 28 avril : G. R. : 2.883.000

G. B. : 18.290

OBSERVATION XXXIV

Mac Donald et W.-A. Mackay (Huelva). — The Lancet. — 25 septembre 1910. — (In thèse Aillaud).

Il s'agit dans le cas cité par ces deux auteurs, d'une femme de 25 ans, anémique, paludéenne, multipare, se plaignant de coliques, nausées, avec fréquence de la miction.

Les accidents ont débuté il y a sept mois. Un mois après un accouchement, elle eut une crise intense, avec vomissements bilieux et oligurie. Les crises sont revenues depuis, moins intenses avec pollakiurie.

L'examen physique révèle une tumeur située à droite et au-dessous de l'ombilic, mobile en haut, en bas et à gauche, jusqu'au delà de la ligne médiane, peu sensible à la douleur lors de la palpation.

Le diagnostic fut : rein mobile.

Peu après l'examen, le 8 juin, il y eut une crise violente jusqu'au 12 ; puis, deux jours de répit ; ensuite, une crise le 13, la tumeur s'étant immobilisée dans la fosse iliaque droite, et étant très augmenté de volume et très sensible à la pression. Le 17, la malade a le faciès péritonéal, un pouls à 140, sans fièvre. Le diagnostic fut celui de torsion du pédicule rénal.

On pratiqua une intervention.

On fait une incision sur la partie saillante de la tumeur ; il s'écoule du péritoine, un liquide inodore et citrin ; la tumeur est rouge foncé, recouverte de faus-

ses membranes blanchâtres. L'extrémité supérieure est adhérente à l'épiploon ; l'inférieure est fixé dans le petit bassin à côté de l'utérus. Les deux pôles libérés, on amène la rate avec un pédicule présentant deux tours de spire. Au pédicule, adhèrent le grand épiploon et une rate accessoire.

La rate mesure 24 cent. sur 14 et pèse 1.290 grammes.

Elle présente deux volumineux infarctus. Les vaisseaux du hile sont remplis de caillots.

OBSERVATION XXXV (résumée)

Un cas de torsion de la rate : Salis (Bâle). — Correspondenz bla für Schweizer Aerzte (1913). — J. de C. P. Mathieu.

Femme de 28 ans. Diagnostic imprécis : Iléus ? Torsion kyste ovarien ?

La malade eut assez souvent des crises de douleurs abdominales, ayant nécessité l'emploi d'opium et de compresses chaudes. Abdomen très douloureux à la pression, surtout à gauche, depuis l'hypochondre jusqu'à la symphyse. Cette sensibilité dépassait la ligne médiane à droite.

Le toucher démontra l'existence dans le Douglas, d'une masse résistante, qui semblait être un kyste de l'ovaire gauche tordu.

Incision sus-symphysienne de Pfannenstiel, par laquelle s'écoule du liquide. On reconnaît que la tumeur est une rate grossie. Par incision de Gubaroff, on fait l'extirpation de cette dernière dont le pédicule est tordu trois fois et demi, et on enlève en même temps la queue du pancréas.

Mort dix-sept jours après par embolie pulmonaire.

Examen du sang après l'intervention, ne montre rien d'anormal.

OBSERVATION XXXVI

Palvos. — Ar. Pétridis. — Torsion et ectopie de la rate.
— Lyon Chirurgical (1918).

Eftychie Macr..., 32 ans, de Chypre, entre dans notre service le 31 septembre 1915.

Antécédents. — Père, mort de ? ; mère bien portante ; trois frères tous bien portant ; deux sœurs dont l'une bien portante, l'autre morte il y a cinq ans de maladie aiguë. Mari bien portant.

Enfance. — Probablement rougeole.

Premières menstrues à l'âge de 13 ans, d'intensité moyenne et de six jours de durée. Mariage à 20 ans. Dans la même année, fièvre pendant onze mois et plus.

Un an après, accouchement normal ; après trois ans, deuxième accouchement. Depuis, pas d'accouchement. Depuis deux mois, elle n'a pas de règles et elle se croit enceinte.

Enfants : deux bien portants.

Maladie actuelle. — Il y a onze ans qu'elle avait les fièvres, et que le médecin traitant lui a dit qu'elle a la rate agrandie et située anormalement dans l'abdomen (probablement rate mobile et ectopie à la suite d'une hypertrophie consécutive aux fièvres paludéennes.

Il y a sept ans, le médecin, consulté par la malade, lui conseille l'opération pour se débarrasser des dérangements qu'il attribuait à la rate.

La malade raconte qu'à cette époque, la tumeur (la rate) que nous palpons aujourd'hui à la moitié inférieure du ventre, était nettement palpable au-dessous du rebord costal gauche. L'année passée, subitement et sans cause apparente, frisson, fièvre et courbature générale pendant trois jours.

« J'étais à mourir, dit la malade, et la tumeur est

venue s'arrêter devant l'estomac (sic) ». Probablement, il y a déplacement de la rate en bas et en avant. La malade est restée alitée pendant deux jours. Pendant ce temps, la tumeur descendait graduellement, pour atteindre le bassin où elle s'arrêta, ce qui a énormément soulagé la malade qui, depuis lors a cessé de souffrir, et qui a commencé à vaquer comme à l'ordinaire à ses occupations. Par la palpation, elle trouvait facilement la tumeur et elle se rendait clairement compte que c'était la tumeur qui avait fait ce long décours du rebord costal gauche à moitié droite du bas ventre.

Etat actuel. — Taille moyenne ; aspect d'individu peu souffrant ; squelette normalement développé ; muqueuses un peu pâles ; cœur rien d'anormal ; pouls régulier, un peu faible ; poumons normaux ; foie ne paraît pas augmenté.

Rate. — Région spénique : tympanisme très clair, qui contraste avec le son clair de la région thoracique sus-jacente. Probablement, la rate n'est plus à sa place normale. Extrémités, rien de remarquable ; système nerveux, rien à noter ; organes génitaux normaux ; col de l'utérus cylindrique un peu hyperhémie, court, légèrement hypertrophié ; os-externum légèrement irrégulier et peu ouvert ; corps de l'utérus, pas clairement délimitable, à l'examen bimanuel il paraît mobile et indépendant de la tumeur abdominale ; annexes difficilement délimitables ; culs-de-sacs vésico-utérin et vésico-rectal, à travers lesquels nous sentons quelque chose de dur et de haut situé, qui doit être le pôle inférieur de la tumeur abdominale en question. Périnée normal, mamelles plutôt atrophiées.

Région malade, abdomen. — Nettement proéminent, surtout à la hauteur de l'ombilic en bas et à droite. Par la palpation, on délimite une tumeur longitudi-

nale à grand axe dirigée de droite à gauche et de haut en bas. Nous trouvons sur la tumeur de petites bosselures ressemblant à de petits fibrômes durs et lisses. Egalement dure est la région. La tumeur est assez mobile et peu douloureuse dans ces manœuvres d'examen. L'espace entre le bord inférieur de la tumeur et le pubis, paraît être libre à la palpation.

Diagnostic clinique. — Rate hypertrophiée à la suite de fièvres paludéennes, ectopiée et en ptose dans la fosse iliaque droite.

Dans les cinq premiers jours qui ont suivi son entrée dans notre service, elle n'a présenté que de légères douleurs qui n'augmentaient d'intensité que dans la marche et dans la station debout. Aucun autre symptôme n'est apparu.

Opération le 23 septembre 1915. — Incision sur la ligne blanche, qui commence un peu au-dessus de l'ombilic. A l'ouverture de la cavité péritonéale, la rate vient se présenter avec son aspect et sa couleur caractéristique. Par l'examen digital, nous trouvons la rate mobile, augmentée de volume au double et au triple, plutôt libre d'adhérences dans sa moitié inférieure et dans sa face correspondant à la paroi abdominale antérieure. A son pôle supérieur et au reste de la surface, elle offre des adhérences peu résistantes avec l'épiploon.

Pendant les manœuvres de libération de la rate, de ces adhérences, nous remarquons :

La queue du pancréas a été entraînée avec la rate dans sa ptose. Elle se trouve entièrement liée avec cette dernière, grace au ligament splénopancréatique, qui n'est qu'un repli du péritoine.

L'appendice est compris, lui aussi, dans les adhérences et, de la sorte, se trouve lui aussi, en connexion avec la rate, par l'intermédiaire de ses adhérences avec le grand épiploon. Isolement minutieux de la rate.

Ligatures soigneuses des vaisseaux néoformés à la suite de l'inflammation et des adhérences consécutives avec l'épiploon. Avant de lier le hile, nous examinons le pédicule de la rate et nous nous assurons qu'il y a *double torsion*.

Donc il s'agit de torsion double de la rate, et de ptose de celle-ci dans la fosse iliaque droite.

En même temps, nous apercevons une *rate surnuméraire*, qui se rattache à la rate proprement dite, par l'intermédiaire d'un pédicule. Cette rate surnuméraire, de la grosseur d'une noix, est située derrière la rate proprement dite.

Ligature du hile et ablation de la rate, puis appendisectomie typique, sans rien autre de remarquable. Sutures par étages.

Suites opératoires normales.

Rate. — Longueur: 18 cm. ; largeur: 14 cm. ; Poids: 875 grammes.

OBSERVATION XXXVII

F. Ferrari. — Splénomégalie paludéenne. — Rate mobile. — Accidents de torsion. — Splénectomie. — Guérison. — In la Splénomégalie paludéenne (Agrégation 1926).

Mlle N..., 31 ans, née à Oued-Athémia (Constantine), pays essentiellement malarique, qu'elle a habité jusqu'à l'âge de 25 ans, a contracté le paludisme dès sa plus tendre enfance et elle se souvient que le médecin qui la soignait lui avait trouvé toujours une grosse rate. Elle a d'ailleurs toujours souffert de son abdomen et, parfois même, elle ne marchait qu'avec peine et courbée en avant. Souvent survenaient à l'occasion des selles, des pertes de sang dues à des hémorroïdes.

Par ailleurs, état général mauvais en permanence, anémie prononcée. Il faut dire qu'elle a suivi un traitement quinique et ferrugineux, mais d'une façon tout à fait irrégulière.

Déjà, en 1911, à Constantine, un médecin consulté, proposa une splénectomie, mais ne dit pas si la rate était déplacée.

En 1918, Mlle N..., est au nombre des personnes atteintes de la grippe espagnole. La rate ne subit, à ce moment, aucune modification.

En 1919, elle vient se fixer à Boufarik et quoique encore dans un pays fiévreux, son état général s'améliore et la rate diminue sensiblement de volume sous l'influence d'un traitement quinique et reconstituant.

En mai 1920, au cours d'un séjour à Hammam-Rhira, la malade fait une chute dans les escaliers. Un médecin consulté, devant l'état présenté par la malade, fait appliquer une poche de glace sur l'abdomen. Après sa chute, elle présenta du ballonnement du ventre et éprouva de vives douleurs. Elle reste dans l'immobilité pendant 17 jours. En juillet 1920, nouvelle crise douloureuse abdominale plus forte que la première, à la suite de surmenage et nécessitant une immobilisation d'un mois, avec de la glace sur le ventre.

Après cette deuxième crise, elle part en août 1920, faire une cure à Vichy, puis se rend en Italie, à Mas-sérano (Turin), et au cours d'un pèlerinage à Bielle, elle est prise d'une nouvelle crise douloureuse analogue aux deux précédentes, mais qui s'accompagne, en outre, d'une constipation opiniâtre et de pertes de sang par l'anús.

Elle rentre de nouveau à Boufarik, où peu de temps après son arrivée, elle fait une nouvelle crise, la quatrième, mais très légère.

A ces crises succède un calme relatif jusqu'en avril 1924, où survient une nouvelle crise douloureuse à la suite de laquelle la malade ne peut plus reprendre aucune activité. C'est à ce moment que nous sommes appelés auprès d'elle pour la première fois. La malade est maigre, pâle, les lèvres et les paupières sont décolorées. La température vespérale atteint parfois 38 et 38°4. Le pouls bat à 100, perte de force et anorexie absolue. A la palpation de l'abdomen, on trouve une tumeur volumineuse allongée obliquement du flanc gauche à la fosse iliaque droite, dure, lisse, mais présentant un bord supérieur sur lequel on sent nettement deux incisures. Cette tumeur est mobile, et par des manœuvres de bascule, on arrive à la réduire partiellement dans l'hypochondre gauche. La percussion de la région splénique est sonore. Nous posons le diagnostic de *rate mobile paludéenne*.

Plusieurs examens du sang ont été pratiqués.

Premier examen (20 décembre 1923) :

G. R.....	3.500.000
Hémoglobine	70 %
Valeur globulaire.	1,12
G. B.....	6.000

Equilibre leucocytaire :

Poly. Neutre.....	49
P. E.....	4
Mono G. et M.....	33
Lympho	7
F. T.....	7

Réaction de Wassermann..	négative
— de Hecht.....	—
Hématozoaire	néant

Deuxième examen (avril 1925) :

G. R.....	3.800.000
Hémoglobine	90 %
Valeur globulaire.	1,15
G. B.....	3.500
P. N.....	52
P. E.....	1
Mono G. et M.....	38
Lympho	4
Transition	0

Troisième examen (8 mai 1925) :

G. R.....	5.000.000
Hémoglobine	100 %
Valeur globulaire.	0,75
G. B.....	8.600
P. N.....	68
P. E.....	3
Mono M. et G.....	19
Lympho	6
Transition	4

Avant cet examen, la malade dans une période de calme, avait suivi un traitement reconstituant et notamment avait pris de l'hémostyl. Néanmoins, nous considérons comme douteux le nombre de globules rouges trouvés. La malade, quoique ne souffrant plus, avait encore un mauvais état général. Cliniquement, l'anémie paraissait assez prononcée.

La splénectomie proposée, avait d'abord été refusée par la malade. Mais survient une nouvelle crise, sans effort de la malade, qui était restée alitée. Cette crise que nous avons constatée, était légère et céda, en trois heures, à une injection de morphine (1 cc.). Mais la rate, au moment de la crise, était nettement augmen-

tée de volume et très douloureuse, l'abdomen modérément ballonné. Cette nouvelle crise décida la malade à se laisser opérer.

Opération le 10 mai 1923. — Anesthésie générale à l'éther. Aide de M. le Docteur Tourrhiles. Laparotomie médiane de 15 cm. environ (10 cm. au-dessus de l'ombilic, 5 au-dessous). On tombe immédiatement sur la tumeur, constituée par la rate déplacée. Elle n'est pas adhérente et peut être facilement extériorisée. Le pédicule splénique est œdémateux, grasseux. Les veines sont énormes.

Au milieu de tous les éléments du pédicule, se trouve la queue du pancréas, très allongée. Dans son ensemble, le pédicule splénique est très épais. Deux clans sont placés sur ce pédicule dont l'un immédiatement au niveau de l'extrémité de la queue du pancréas. Section du pédicule entre ces deux pinces. Nous procédons ensuite, à la ligature séparée des différents vaisseaux du pédicule au niveau de leur section. Mais la pince placée au niveau de la queue du pancréas lâche tout à coup à une hémorragie abondante se produit pendant un instant, d'autant plus que le moignon du pédicule avait fui dans la cavité abdominale. Nous faisons alors une ligature en masse du pédicule transfixié préalablement avec une grosse soie, puis nous posons un fil de lin sur chacun des tranches de section des vaisseaux. Nettoyage de la cavité abdominale, fermeture sans drainage, et, en raison de l'hémorragie, transfusion de 400 grammes de sang.

Suites opératoires simples, sauf une légère dilatation stomacale qui céda à un lavage et une désunion partielle de la peau au niveau de l'ombilic. Un examen de sang pratiqué le 25 juin, 45 jours après l'opération, a donné le résultat suivant :

G. R.....	4.530.000
Hémoglobine	100 %
Valeur globulaire .	1,1
G. B.....	23.000
P. N.....	48
P. E.....	3
Mono G. et M....	27
Lympho	22
F. T.....	0

Revue le 14 août 1925, Mlle N... est en excellente santé. Elle ne présente aucun trouble général, a engraisé de cinq kilos depuis l'opération. Son teint est rose, l'appétit est excellent. Seule persiste la constipation.

L'examen histologique, pratiqué par M. Lemaire, qui nous a donné la relation suivante :

L'apparence immédiate et caractéristique de la coupe, est celle d'une sclérose diffuse, ajoutons chronique. En effet, à côté des bourgeons fibreux constitués, pauvres en noyaux étirés, à fibrilles très visibles, à côté des vaisseaux à parois épaissies et fibreuses, la coupe est parsemée irrégulièrement, mais dans la totalité, de formations conjonctives arrondies ou étirées en voie d'évolution, assez proches les unes des autres sans toutefois se toucher.

La sclérose est diffuse ; on ne constate pas de septa ou bourgeons fibreux très importants. Ils sont petits ou espacés. L'intervalle est occupé par le tissu réticulé à mailles très épaisses qui sépare pour ainsi dire les cellules propres une à une. Les follicules sont excessivement rares. On constate donc une hyperplasie généralisée de tout le tissu conjonctif. Les artères, surtout, sont visiblement épaissies et de leur périphérie partent quelques fois des petites travées fibreuses ; on ne constate nulle part, à leur périphérie, soit des amas de pigment, soit des nodules de cellules lympho-

tiques. Les capillaires veineux sont parfois dilatés, mais on ne voit pas de véritables lacs sanguins, les lymphatiques sont rares et peu visibles.

Les productions les plus significatives sont les amas de grandes cellules qui parsèment la coupe et qui, à notre sens, paraissent être l'amorce de nouvelles travées fibreuses. Ce sont des cellules à gros noyaux, à protoplasma relativement sombre (soit marcophage, soit myeloblaste) se présentant en petits amas de forme irrégulière, plus ou moins arrondis avec un prolongement, parfois une débauche de ramifications, quelquefois allongés en boyaux. Les noyaux des cellules périphériques ont une tendance à s'aplatir, leur protoplasme à s'étirer, prenant une apparence fibrillaire. Il n'y a aucune apparence de cellules géantes ou de follicules d'infiltration.

OBSERVATION XXXVIII

H. Welti. Un cas de torsion de la rate. — Annales de la Société anatomique de Paris (7 juillet 1927).

Mme B..., 35 ans, est admise le 27 mars 1927, dans le service du Professeur Hartmann, pour de violentes douleurs abdominales.

En décembre 1921, au troisième mois de sa grossesse, la malade consulte un médecin pour crises douloureuses, dont le maximum siège à gauche. Elle est admise à l'hôpital Beaujon, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Mais quelques jours plus tard, à la suite d'un examen vaginal, l'accoucheur déclare ne plus constater la tuméfaction observée auparavant. Des examens successifs donnèrent des résultats variables. En présence de ce « casse-tête », une laparotomie exploratrice est proposée. La malade s'y refuse. Elle consulte un chirurgien qui parle de fibrome. Un mois plus

tard, un nouveau médecin ne trouve rien d'anormal. Elle accouche en mai, d'un enfant pesant 2 k. 250 (forceps). L'enfant malingre, se développe rapidement.

En août 1922, de violentes douleurs abdominales surviennent brusquement. Elles siègent un peu à gauche en au-dessus de l'ombilic. Elles irradient sous le rebord costal. Bientôt, elles sont maxima dans la région lombaire gauche. La malade a des nausées et reste étendue toute la journée. Le lendemain elle put vaquer à ses occupations, les douleurs s'étant calmées progressivement.

De 1922 à 1926, des crises douloureuses semblables sont notées tous les trois mois. Elles durent 48 heures. Pendant ces crises, l'intolérance alimentaire est absolue et la malade reste alitée. Un médecin lui dit qu'elle souffre de colique néphrétique. Pourtant, les urines ont toujours été claires et le traitement institué ne procure aucun soulagement.

En 1926, la malade signale des points douloureux dans le ventre, mais aucune crise véritable. Elle se croit guérie.

Le 21 mars 1927, dans la matinée, elle est prise brusquement d'une douleur abdominale extrêmement vive. La région lombaire est également sensible. La douleur, d'abord nettement localisée à gauche, se généralise à tout l'abdomen, restant maxima là où elle a débuté. Au cours de l'après-midi, les douleurs s'atténuent, puis bientôt elles reprennent accompagnées de vomissements verdâtres. Le jour suivant, elles persistent, s'exagèrent à certains moments.

Antécédents. — Bronchite suspecte à 22 ans. Après un séjour de trois mois à la campagne, elle fut considérée comme guérie. Depuis, elle tousse tous les hivers. Ses règles sont normales, pertes blanches peu abondantes. Séjour de 15 jours en Algérie.

Examen le 25 mars, à 10 heures. — Femme maigre, pouls 100, température 38°5. La malade n'a pas eu de fièvre les jours précédents. Elle souffre et se sent fatiguée. L'abdomen est asymétrique. Il existe une voussure dans la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal, col petit regardant en bas et en arrière. Au-dessus de lui, corps rétrofléchi, dont on ne peut percevoir le fond au-dessus de la symphyse. Le cul-de-sac vaginal gauche est douloureux et l'on sent à bout de doigt, une masse qui semble répondre aux annexes. Le cul-de-sac droit est libre. Dans son ensemble, l'utérus est mobile, mais sa mobilisation est légèrement douloureuse.

Le diagnostic de pelvipéritonite semble probable.

Le 26 mars, dans la matinée. — La malade a passé une mauvaise nuit, elle vomit un liquide jaune verdâtre. Elle n'a pas uriné et doit être sondée. Pouls 108. Température 38°.

L'abdomen est météorisé, voussure dans la fosse iliaque gauche. Au-dessus et à droite de celle-ci, une seconde voussure est manifeste dans la région ombilicale. A certains moments, cette voussure s'exagère et la dépression qui les sépare est plus marquée, comme s'il s'agissait d'anses intestinales. La voussure de la fosse iliaque gauche répond à une masse assez ferme, qui, en haut, s'étend jusqu'à la limite inférieure de la voussure sus-jacente. En dehors, elle reste à distance de l'arcade crurale. En bas, elle semble se prolonger dans le bassin, mais la contracture gêne la palpation. Au toucher, le col est dans l'axe du vagin. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent le corps utérin, mais, dans le cul-de-sac gauche sensible, on ne perçoit plus le pôle inférieur de la tuméfaction iliaque. Au toucher rectal, sur la paroi antérieure du rectum, le doigt réveille une vive douleur.

Le malaise est intense, les traits sont tirés. Nous

pensons à une torsion du kyste de l'ovaire, et décidons d'intervenir.

Intervention le 26 mars. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Des anses grêles distendues et congestionnées, sont refoulées sous une compresse. A notre grande surprise, la rate apparaît dans la fosse iliaque gauche, et c'est elle que nous avons palpé en ce point. Volumineuse, sa coloration est celle d'une rate normale. Sa surface est lisse. Son pôle inférieur s'étend dans le cul-de-sac de Douglas, jusqu'au fond du pelvis. Le bord qui limite la rate en dedans présente une échancrure. Une anse grêle répond à la voussure, constatée dans la région ombilicale. Attirée avec la rate dans le petit bassin, elle s'est coudée sur elle-même, et le segment intestinal afférent est uni au segment intestinal afférent par des adhérences récentes. Le pédicule splénique est œdématié, congestionné et tordu sur lui-même.

La rate est extorquée avec douceur. Mais, il est impossible de détordre l'organe, la torsion étant fixée par des adhérences.

Eramen de la rate. — Poids : 520 grammes. Surface lisse violacée, ne présentant pas de lésions extérieures. Le pédicule est œdématié et les lumières veineuses, sont oblitérées par des thromboses récentes.

Examen histologique. — Toute la pulpe est infiltrée de sang. Il ne semble pas qu'il y ait eu d'état inflammatoire antérieur, car les corpuscules sont peu développés et il n'y a pas de sclérose interstitielle.

Suites opératoires. — La température oscille autour de 38°, 38°8, les trois premiers jours, mais rapidement, la fièvre disparaît et la malade quitte l'hôpital le quatorzième jour.

Sang. — 24 heures après l'opération :

Poly	96	
G. M.....	2	G. R. = 4.600.000
Lympho	2	

3 jours après :

Poly	86	
Mono	8	C. R. = 4.700.000
Lympho	6	

Le 30 juin 1927, la malade va très bien. Elle a engrais-sé et se repose à la campagne. Notons au cours du mois de mai, une crise douloureuse abdominale passagère, en rien semblable à celles observées avant l'intervention.

V. — OBSERVATIONS DE COMPLICATIONS AUTRES QUE LA TORSION OU COMPLIQUANT LA TORSION

OBSERVATION XXXIX (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Brun (de Tunis).

Rate mobile, avec petite rate supplémentaire. — Phé-nomènes de subocclusion. — Splénectomie. — Gué-rison.

Mlle B..., 19 ans, vient nous consulter parce qu'elle sent, un peu au-dessus de la région ombilicale, une tumeur qui la gêne, surtout lorsqu'elle se courbe ou s'assoit, parce que, dit-elle, son corset vient appuyer sur cette tumeur.

Elle se plaint, en outre, de troubles gastriques avec sensation de tiraillements et de malaises indéfinissa-

bles, remontant à plusieurs années. Elle aurait même présenté, deux ans de suite, des accidents de subocclusion. Pour elle, la tumeur se serait déplacée en avant et aurait augmenté de volume. La malade est maigre, la palpation de son abdomen est facile.

On sent effectivement, un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, une tumeur du volume d'une mandarine. C'est celle-là qui est douloureuse. Mais, à 6 ou 7 cm. en dedans, il en existe une seconde, plus petite, plus arrondie, plus mobile que la première.

Cette jeune fille habite une ferme, elle est en contact avec des chiens. Nous portons le diagnostic de kyste hydatique de l'épiploon.

L'opération proposée est acceptée.

Laparotomie médiane, sus-ombilicale.

La tumeur est suspendue au milieu de la grande courbure, c'est une petite rate adhérente, du volume d'une amande verte.

Plus à gauche, on trouve une rate ectopique, de forme globuleuse, grosse comme la moitié d'un rein normal. Son pédicule est long et vient croiser le colon transverse, qu'il rétrécit et auquel il adhère fortement. Ceci nous explique les phénomènes de subocclusion. Voulant étudier de plus près les rapports de ce pédicule avec le colon, nous déchirons malheureusement un gros vaisseaux veineux ; un hématome se produit au niveau du pédicule, masquant rapidement tout, et nous obligeant à terminer par une splénectomie.

Nous conservons la petite rate supplémentaire. Suites normales. La malade revue deux ans après, se porte bien. Un examen du sang pratiqué, n'a montré aucune modification de la formule sanguine.

OBSERVATION XL (résumée)

Ectopie de la rate avec élongation excessive ou torsion ancienne et rupture du pédicule, à la suite d'une mégalosphénie paludique. — Splénectomie. — Guérison.

Pozzi. — Séance du 29 juillet 1903, de la Société de Chirurgie.

Jeune fille de 21 ans, native de Jaffa, entre à l'hôpital Broca, en décembre 1901. Elle présentait une tumeur abdominale, qu'on avait prise pour une tumeur utérine fibreuse. L'auteur pensa à un kyste intra-ligamentaire para utérin.

La malade avait été soignée autrefois pour une énorme hypertrophie palustre de la rate. Un mois auparavant, phénomènes fébriles et signes de pelvi-péritonite (pouvant faire croire à une hémorragie intra-kystique).

La laparotomie montra une masse indéterminée, ressemblant à un gros rein, adhérente à l'utérus et à la vessie, et coiffée par l'épiploon qui lui était entièrement soudé et lui formait un pédicule peu vasculaire, où on ne remarqua aucune trace de torsion. On détache la tumeur (un lambeau d'épiploon y reste adhérent). Les deux ovaires sont criblés de gros kystes folliculaires et environnées d'adhérences remplies de grosses bulles de périmétre salpingite séreuse. On enlève les deux annexes.

Suites opératoires bénignes ; guérison sans incidents.

Examen de la pièce (Bender). — La pièce est bien la rate, siège d'un infarctus ancien. Pas de corpuscules de Malpighi. Longueur 12 cent., largeur 8 cent. 5, épaisseur 7 cent. Poids 430 grammes.

La malade s'empoisonne quelques jours après. A l'autopsie, on constate l'absence de rate.

L'auteur admet deux hypothèses : ou élongation

excessive et amincissement du pédicule ayant produit les mêmes effets que la torsion, c'est-à-dire un infarctus de l'organe et le développement d'une pelvi péritonite adhésive ; ou d'abord torsion, puis rupture du pédicule, la rate déjà fixée et entourée d'adhérences épiploïques considérables, ayant servie de racines vasculaires adventices.

OBSERVATION XLI (résumée)

Volvulus du cœcum, par migration de la rate. G. Monti. — Bolletino delle scienze mediche. — Olivieri, J. de C., 1922.

Femme de 78 ans, ayant présentée autrefois dans la fosse iliaque droite, des douleurs, dont le diagnostic précis n'a pu être posé.

Elle entre à l'hôpital avec un syndrome d'occlusion intestinale typique.

Les douleurs à maximum dans l'hypochondre gauche, la présence d'une tumeur mate, occupant la partie inférieure et gauche de l'abdomen, font porter le diagnostic de volvulus du sigmoïde.

Après incision, on trouve un cœcum très dilaté, tordu à 360° de gauche à droite. Le cœcum retourné, on découvre le colon ascendant, étranglé par un volumineux cordon, tendu de haut en bas et de gauche à droite. Ce cordon aboutit à un organe, situé dans la fosse iliaque droite, c'est la rate, normale par sa consistance et son volume, mais fixée au péritoine pariétal, à la portion initiale du colon ascendant. On fait la splénectomie. Le cœcum revient sur lui-même, sa vascularisation paraît normale. On l'abandonne dans l'abdomen.

Mikulicz. Mort le 9^e jour.

L'autopsie a montré le cœcum perforé en deux endroits.

OBSERVATION XLII (résumée)

A case of splenectomy (opérateur *Penrose*). — Brit. Med. Journ. — Supplément du 4 août 1890. — Page 2.

Femme de 50 ans, ayant souffert pendant un an, d'un sentiment de tiraillement pénible dans le côté gauche ; après un bon repas, douleurs abdominales, avec vomissements et diarrhée. Une tumeur fut découverte dans le flanc gauche, occupant la moyenne partie du pelvis. Opération au bout de 48 heures. On trouva une rate déplacée dont le pédicule était tordu, ce qui avait occasionné la *rupture de l'organe*. Ligature du pédicule à la soie et enlèvement de la rate. Toilette du péritoine ; drainage.

La malade mourut le soir de l'opération.

La rate avait quatre fois son volume normal, elle était plutôt molle et était déchirée au niveau du hile. Il n'y a pas eu d'hémorragie ; il n'existait qu'un caillot du volume d'une noix au-dessous de la ligature.

L'auteur pense que le résultat aurait été tout différent s'il n'y avait pas eu de retard à l'opération.

OBSERVATION XLII (résumée)

Spencer Wells. — A case of splenectomy. — British medical journal 1889 vol. 2, p. 55. — (In thèse Lief-fring).

Mme R..., 21 ans. A l'âge de 4 ans, fièvres paludéennes. Puis la santé se rétablit. Mariée à 18 ans (1885).

En 1887, appelé en consultation, je trouvais une tumeur ferme, ronde et grosse comme le poing, dans la région de l'ovaire gauche, mais mobile sans communiquer ses mouvements à l'utérus. Utérus normal. La malade venait de passer ses époques sans avoir ses

règles. Le col et le corps de l'utérus paraissait un peu gros. Hésitant entre une tumeur de l'ovaire gauche et une grossesse au début, je me décidai à attendre.

Le 4 septembre, examen de la malade au 7^e mois de sa grossesse : position normale du fœtus. Tumeur peu augmentée de volume et refoulée en haut par l'utérus jusque dans l'hypochondre.

Accouchement normal le 2 novembre 1887.

Avec la contraction de l'utérus, la tumeur descend, très mobile et sans adhérences, avec l'utérus. Au bout de 8 jours, elle reprend sa position primitive, mais elle est un peu plus volumineuse qu'avant la grossesse.

Le 12 février 1888, changement marqué dans l'état local : la tumeur centrale, en avant de l'utérus, s'étend de l'ombilic au pubis, sur une longueur totale de 9 pouces ; indolore, ferme et lisse à la pression, bords fermes et arrondis.

Le premier mois, Spencer Wells diagnostique une rate déplacée et hypertrophiée.

Le 28, tumeur très augmentée de volume, mesurant transversalement 10 pouces, s'étendant du pubis à l'appendice xiphoïde, et remplissant totalement l'abdomen en avant.

Dure et mobile à la pression. Tiraillement dans le dos et dans les cuisses. Insomnie, anorexie. Pendant 8 jours, vives douleurs, état critique. Péritonite avec fièvre à type hectique ou irrégulièrement intermittent. Vomissements fréquents.

Au bout de 10 jours, tout rentre dans l'ordre. La tumeur diminue des deux tiers de son volume le plus grand.

Le 17 avril, ce retrait de la tumeur cesse ; on aperçoit quelques points de ramollissements, augmentant avec rapidité et confluents. Dyspnée et vomissements douloureux.

Le 2 mai, l'état empire : orthopnée, vomissements

douloureux. Ponction : on retire 5 litres d'un liquide brun rougeâtre composé en grande partie de globules rouges ramollis, et de leucocytes en grand nombre.

Le liquide s'étend reproduit avec rapidité, on décide l'ablation de la rate. Examen du sang normal.

Opération le 13 mai. — Pendant l'opération, la paroi du kyste se rompt et laisse échapper un liquide semblable au liquide retiré par ponction (5 litres environ). La partie solide de la tumeur est formée par le tissu de la rate hypertrophiée (elle pèse 4 livres). Adhérences nombreuses avec l'intestin, la plupart séparables, excepté à la partie antérieure où elles sont si tenaces qu'on y laisse une partie de la paroi du kyste, la malade étant épuisée.

Ligature à la soie du pédicule. Fermeture sans drainage. Suites opératoires d'abord mauvaises, puis amélioration et guérison à peu près complète le 22 juillet.

Un an après, la santé est toujours parfaite. Menstruation régulière. Avant l'opération, les règles étaient abondantes, mais depuis, elle sont normales en quantité et en durée.

OBSERVATION XLIV

Leriche et Gravier : Rates multiples en position droite inter-hépto-duodéno-colique. — Volvulus d'un des pédicules. — Eclatement d'une des rates. — Hémorragie intrapéritonéale. — Laparotomie. — Splénectomies multiples. — Guérison. — Soc. de chir. de Lyon : 20 octobre 1921.

Malade âgé de 23 ans, toujours bien portant, a été pris le 28 août 1921, dans la matinée, d'une céphalée temporale avec malaise vague. Etat vertigineux. L'après-midi, il s'alita sans avoir encore le moindre phénomène abdominal.

Le 29, la céphalée persistant, il se mit à souffrir légèrement de la région sus-hépatique ; le soir, la douleur correspondait dans les reins ; il n'y avait ni nausées, ni vomissements. Le malade se leva mais ne travailla pas.

Le 30, la douleur abdominale avait augmenté d'intensité ; néanmoins, le malade se leva et se mit à son travail péniblement ; boucher, il se sentit incapable de tuer un bœuf et cependant le dépouilla. Quand il rentra de l'abattoir, on remarqua une pâleur anormale ; il souffrait toujours vivement d'une douleur abdominale droite et de céphalée. Le soir apparurent des vomissements et la nuit fut mauvaise.

Le 31, l'état s'était aggravé ; il fut amené à l'Hôtel-Dieu, où il fut vu à la visite du matin, dans le service de M. Cade, remplacé par l'un de nous.

A l'examen, on est frappé par l'aspect de pâleur et d'angoisse. Le malade accuse une douleur continue et vive dans l'abdomen. Objectivement, celui-ci est plat, un peu contracturé ; la douleur est plus vive à droite, mais elle est diffuse sur une assez grande hauteur, et ne présente de maximum ni au point de Mac Burney, ni au point vésiculaire.

Le malade a l'air d'avoir une respiration superficielle et on se demande s'il ne s'agirait pas d'une pneumonie de la base, bien qu'il n'y ait pas de température.

La radioscopie ne montre rien à ce point de vue ; le diaphragme joue bien.

Le toucher rectal est négatif.

Le premier septembre, la température monte à 38°2, le malade ne souffre presque plus à gauche ; par contre à droite, il a une vive douleur et la contracture est assez marquée ; la douleur s'irradie dans la région lombaire et la pression à ce niveau réveille une vive douleur. On pense donc à une appendicite postérieure. Ce fut également mon impression et j'intervins de

suite au service de garde. Sous rachis anesthésie avec 0 gr. 10 de scurocaïne, je fais une incision de Mac Burney par dissociation au niveau du point appendiculaire : le péritoine ouvert laisse échapper une grande quantité de sang liquide et l'épiploon altéré est couvert de caillots. Le doigt perçoit une grosse masse de caillots dans la direction du foie. Devant cette constatation, fermeture provisoire de l'incision et nouvelle incision le long du bord externe du droit ; tout le ventre est plein de sang. Refoulant les anses vers la gauche, on va, sous le foie, où la main perçoit contre le flanc, en arrière, une série de masses lourdes, pleines, ayant les unes le volume d'un gros œuf, les autres celui d'une noix. On les extériorise et on voit, qu'il y a, entre l'estomac, le foie et l'angle droit du colon très abaissé, quatre rates groupées par deux, ayant chacune une artère et une veine et dont un de ces groupes a son pédicule tordu, à deux tours, sur lui-même ; la rate sous-jacente a éclaté en deux endroits et l'hémorragie vient se déchaîner. On fait alors l'ablation de ces quatre rates, le péritoine voisin est infiltré de sang ; il paraît de disposition normale ; l'hémostase étant faite, on regarde la région du foie ; le foie qui est un peu normal comme forme, a une vésicule de forme non classique ; c'est un long tube de calibre régulier et non de forme renflée à son extrémité ; l'estomac est bien plus à droite que normalement ; le duodénum est normal ; il semble y avoir une rate à gauche, autant qu'on puisse dire avec la main dans la profondeur, mais ce n'est pas absolument certain. Par contre, il y en a une petite anormale, dans le mésentère d'une anse grêle, à sa base même, à peu de distance de l'angle duodéno-jéjunal. Fermeture en 3 plans. Sérum intraveineux. Guérison sans incidents.

Pouls à 50 bien frappé.

OBSERVATION XLV

W. Korte. — Berlin Klin — Woch, 1893, p. 902 (in thèse Lieffring).

Je vous présente une pièce d'autopsie, une rate mobile dont le pédicule s'est tordu et a occasionné un iléus en comprimant sous lui une anse intestinale.

Voici, brièvement, l'histoire clinique du cas : une femme de 32 ans, remarquait déjà depuis quelques années, une tumeur flottante dans la partie gauche de l'abdomen. Examinée par différents gynécologues, elle fut traitée pour une rétroflexion utérine et sa tumeur fut toujours considérée comme un rein mobile gauche.

A la suite d'un nouvel examen gynécologique et l'application d'un pessaire, elle tomba malade le 22 février 1892, ressentant de violentes douleurs dans le ventre. Les collègues s'assurèrent que le pessaire était bien en place et que l'utérus n'était nullement en cause ; par la même occasion, on imprima différents déplacements à la tumeur, on la repoussa avec certaine force en bas, sans cependant déterminer de douleurs pendant toutes ces manipulations. La nuit suivante, survinrent des douleurs insupportables qui nécessitèrent de fortes doses de morphine.

Du 25 au 26, la tumeur, antérieurement de la grosseur d'un petit pois, augmenta considérablement de volume. Le 27 février, je vis la malade. Elle était pâle, le pouls était rapide, l'abdomen ballonné. On avait l'impression d'une hémorragie interne.

La sécrétion urinaire se trouvait très diminuée, circonstance qui justifia, étant donné le diagnostic antérieur de rein mobile, l'idée hydronéphrose.

A l'examen, je trouvais dans le côté gauche, une tumeur qui s'étendait vers la ligne médiane jusqu'à la ligne blanche, en dehors jusqu'à la ligne axillaire,

en bas, jusqu'à l'entrée du bassin, en haut jusqu'au rebord costal. Elle était très sensible, dure, ne présentait point de fluctuation.

Derrière la tumeur vers les lombes, je constatais encore la sonorité intestinale, de sorte que, même avant ponction, j'excluai toute idée de tumeur rénale.

Je fis cependant une ponction et ne ramenait que du sang. Il ne s'agissait donc nullement d'hydronéphrose. Il était impossible de faire un diagnostic certain. Je pensais qu'il s'agissait peut être d'un kyste du mésentère ou d'un kyste de l'épiploon, dans lequel se serait fait une hémorragie expliquant l'état grave de la maladie.

La sécrétion urinaire, se rétablit bientôt après assez abondante. La malade se remit un peu. La tumeur devint plus dure, plus ferme, si bien que nous crûmes qu'il s'agissait d'un extravasat sanguin en voie de résorption. Le 5 mars seulement, survinrent les éructations et bien vite après les symptômes péritonitiques. On fit alors des lavages intestinaux, on plaça une canule élevée dans le rectum par laquelle s'évacuent gaz et matières. Tout d'abord, la malade éprouva du soulagement qui ne fut que passager. Les intestins se ballonnèrent d'une façon considérable et la malade mourut le 8 mars de péritonite et de collapsus.

L'autopsie releva des particularités des plus intéressantes. Tout d'abord, il existait une péritonite manifeste, avec exsudats putrides en abondance, comme on s'y attendait d'après les symptômes. **La tumeur qui avait diminué quelque peu pendant le traitement était la rate** que je vous présente. Elle s'était tordue sur son axe de deux tours et demi, de sorte que le pédicule était absolument tordu. Les vaisseaux du pédicule sont durs au toucher.

A la coupe, on voit tous les vaisseaux du pédicule

thrombosés. La rate était fixée à sa place par des adhérences solides situées en haut et en bas à droite. Audessous de l'extrémité supérieure de la rate, entre les adhérences et le pédicule tordu, se trouvait une anse intestinale fortement étranglée présentant déjà un point de gangrène au niveau du sillon de compression. De là venait la péritonite.

Ce cas est très intéressant. Jusqu'ici, on en a observé que deux semblables, où une rate mobile se soit tordue sur son axe, où un infarctus hémorragique de l'organe soit survenu et où l'intestin était étranglé au point d'amener un iléus.

OBSERVATION XLVI

(Résumée : rapport de Guibé, J. de C.). — N. P. Trinklér (Charkoff).

Un malade entre à l'hôpital pour occlusion intestinale aiguë. Six jours auparavant, travaillant dans un jardin, il fut pris d'une vive douleur dans l'abdomen. Puis apparurent les signes d'une occlusion intestinale. L'abdomen, fortement météorisé, est plus saillant à droite. A gauche, la paroi est plus tendue, plus résistante, paraissant un peu enflammée et empatée. En insistant un peu, on finit par sentir de ce côté, une tumeur, occupant toute la moitié gauche de l'abdomen et descendant jusqu'au bassin, sans qu'on puisse la limiter d'une façon bien précise.

Elle est mate à la percussion. La moitié droite de l'abdomen est au contraire tympanique, relativement souple et contient des anses intestinales, dont on sent les contractions.

Intervention sans diagnostic bien précis.

L'abdomen une fois ouvert, on reconnaît une grosse rate mobile, congestionnée, dont le pédicule présente

cinq tours de torsion sur son axe, de gauche à droite. Le grand épiploon adhère à la face externe de la rate, mais lâchement. Après détorsion du pédicule, la rate est enlevée. Poids 820 grammes, longueur 20 cm., largeur 12 cm.

L'occlusion intestinale n'était pas due à une action réflexe, mais à l'étranglement d'une anse d'intestin grêle, venue se loger dans la fosse iliaque gauche et se trouvant comprimée, à son passage, entre la rate tordu et l'S iliaque.

Les mésos, tant de l'intestin grêle, que du gros intestin, présentait une longueur anormale.

Eramen de la rate. — Lésions intenses de congestion et d'infarcissement. Pas de lésions anciennes.

OBSERVATION XLVII

F. Ferrari. — La splénomégalie paludéenne, étude clinique et opératoire (agrégation 1926).

Professeur Vincent et Ferrari, chef de clinique. — Splénoptose chez une paludéenne. — Torsion du pédicule et occlusion intestinale. — Splénectomie. — Guérison.

Mme B..., âgée de 53 ans, a contracté les fièvres paludéennes à l'âge de 9 ans. Pendant 8 mois, elle a eu constamment des accès de fièvre et déjà à cette époque sa rate était notablement grossie. Dans la suite, et sous l'influence d'un traitement quinqué prolongé, les accès s'espacèrent de plus en plus, mais la malade souffrait constamment du ventre. En 1912, en soulevant une table de nuit, elle éprouva une violente douleur dans le côté gauche de l'abdomen. Cette crise douloureuse persista pendant une semaine, accompagnée de faiblesse et de vomissements alimentaires et bilieux. Puis

tout rentra dans l'ordre, mais l'abdomen resta douloureux au point que la malade traîna ainsi pendant six mois une vie de souffrance, l'empêchant d'effectuer le moindre travail. Entrée une première fois à l'hôpital, tous ces phénomènes sont mis sur le compte d'un rein flottant droit et la malade subit la néphropexie. Elle sort de l'hôpital apparemment guérie. Mais avec la reprise de son travail, les douleurs abdominales reviennent, qui la condamnent de nouveau à l'immobilité. Nous la voyons chez elle en juillet 1913. A ce moment, elle présente tous les signes d'une occlusion intestinale : violentes douleurs abdominales, ballonnement énorme, gargouillements bruyants et douloureux, suspension des gaz et des selles, nausées. Nous la faisons admettre d'urgence à l'hôpital dans le service de notre Maître M. le Professeur Vincent. A son arrivée dans la salle Bichat, peut-être sous l'influence du transport de la malade en voiture, elle a une débâcle de matières et de gaz. L'état s'améliore et on peut explorer l'abdomen. A la palpation, on trouve une tumeur du volume d'un melon, à cheval sur la fosse iliaque droite et l'hypogastre, mobile dans tous les sens mais douloureuse. Cette tumeur présente un bord supérieur crénelé. La percussion de la loge splénique donne partout de la sonorité. Diagnostic : *splénoptose chez une ancienne paludéenne*. On décide l'intervention, sans encore fixer la date. Mais, au matin, à la visite, la malade se plaint de douleurs abdominales. On place de la glace sur le ventre et l'on fixe l'opération pour le lendemain matin. La journée a été pénible et la sœur de service a dû faire deux injections de morphine à la malade. Le lendemain, avant l'opération, nous constatons un ballonnement énorme de l'abdomen, des vomissements bilieux, faciès plombé, pouls rapide à 120. L'intervention est pratiquée immédiatement.

Anesthésie au chloroforme. Opérateur, Professeur Vincent ; aide, M. Ferrari. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On tombe sur la tumeur constituée par la rate augmentée de volume et dont le pédicule est tordu dans le sens des aiguilles d'une montre et suivant deux tours de spire. De plus, on constate une dilatation énorme du cœcum, du colon ascendant et de la moitié droite du colon transverse. En suivant ces anses dilatées, on tombe sur une stricture de la portion gauche du colon par le pédicule splénique, dans lequel se trouve la queue du pancréas. Section du pédicule entre deux clans. Ligature à la soie. Immédiatement sous nos yeux, la portion gauche du colon, le colon descendant sont gonflés par l'irruption des matières et des gaz situés en amont de la structure. Fermeture de l'abdomen sans drainage. La malade à une débâcle de matières horriblement fétides et de gaz au moment de son réveil. Suites simples. Sortie guérie un mois après (août 1913).

Nous avons revu cette malade le 2 août 1925, douze ans après son opération. Sauf une ménopause pénible, elle jouit depuis son opération d'un état général excellent et, actuellement, sa santé est parfaite.

Le mode de compression du colon transverse dans l'angle formé par le pédicule splénique et la paroi abdominale postérieure, nous semble pouvoir être rapproché de celui de la troisième portion du duodénum dans l'angle de l'aorte et de la mésentérique supérieure.

VI. — OBSERVATIONS DE RATES ECTOPIQUES TRAITÉES AUTREMENT QUE PAR SPLÉNECTOMIE

OBSERVATION XLVIII (résumée)

Rate mobile. — Réposition en situation normale. — Insuccès. — Splénopexie impossible. — Ablation, guérison. — Glasgow. — (In thèse Lieffring).

Femme de 23 ans, bonne santé antérieure ; en décembre, a commencé à perdre l'appétit, à souffrir dans le côté droit au niveau de la région scapulaire ; une semaine après, douleurs névralgiques. Etat nerveux très prononcé ; les jambes tremblent dès qu'elle se tient debout ; dyspnée et anorexie.

Le 22 avril, examen après éthérisation ; dans le bassin, on retrouve une masse qui refoule l'utérus à droite et en avant. Cette masse est très irrégulièrement lobulée et dure comme un fibrome. Elle n'a pas de connexions intimes avec l'utérus. Il existe entre celui-ci et la tumeur un espace appréciable mais cependant il semble que les deux soient reliés par un ligament lâche. La tumeur a le volume d'une grosse orange et ne peut être refoulée en dehors du bassin.

Diagnostic : fibrome de l'ovaire.

Le 2 mai, après un échec du traitement électrique, coeliotomie. On trouve une rate enclavée dans l'excavation, reliée à l'épigastre par un large pédicule. Assez péniblement, on la désenclave et on la replace dans l'hypochondre gauche, espérant qu'une inflammation adhésive consécutive à l'opération va contribuer à la fixer à sa situation normale.

Le 3 janvier, la malade dit que, depuis la veille, elle

éprouve des sensations identiques à celles qu'elle avait autrefois. Elle est énervée et éprouve des douleurs dans le dos. On constate que la rate est retombée dans l'excavation. Plaçant la malade dans la position genu pectorale on replace la rate dans l'excavation. Mais les jours suivants, elle y retombe ; aussi, se résout-on à la fixer à la paroi abdominale et à déterminer par un tamponnement iodoformé, la production d'une cicatrice épaisse et solide. Dans ce but, on fait à un pouce du rebord costal une incision longue de trois pouces et l'on amène la rate dans la plaie. Le pédicule est tordu une fois ; soutenant la rate avec une barrière de gaze, on renonce à la fixer, la friabilité de sa capsule semblant s'y opposer. Splénectomie après ligature du pédicule en six nœuds. Réduction du pédicule cautérisé. Guérison. La rate était triplé de volume.

Quatre mois après, la malade continue à aller très bien.

OBSERVATION XLIX (résumée)

Rate mobile. — Torsion du pédicule. — Coeliotomie. —

Reposition de la rate ; quelques temps après, nouvelle torsion du pédicule. — Splénectomie. — Guérison. — *Bland Sutton*. — Brit. Med. Jour. 1892, Tome II. — (In thèse Lieffring).

Femme de 22 ans, mère d'un enfant, portant depuis un certain temps une tuméfaction de la moitié gauche du ventre. En mars, elle est prise d'une crise violente de douleurs dans la tumeur, avec vomissements et diarrhée. A son entrée, tumeur très mobile, ressemblant à une *hydronéphrose* dans un rein flottant. On hésite entre un kyste hydatique de l'épiploon et une rate mobile.

21 mars, incision exploratrice qui montre une rate mobile à pédicule tordu. On détord le pédicule et la

rate reprend immédiatement, d'elle-même, sa place dans l'hypochondre gauche. Les douleurs cessent et la malade quitte bientôt l'hôpital, munie d'une ceinture.

Le 7 juillet, elle revient, la tumeur a reparu, la malade a été reprise subitement de douleurs abdominales aiguës avec vomissements, diarrhée, hémorragie vaginale. Le 9 juillet, on trouve la rate dans la fosse iliaque droite, au devant du cœcum ; le 10, elle est dans la fosse iliaque gauche, au contact du ligament de Poupart. Le 12, elle est dans l'excavation, son extrémité inférieure en contact avec l'utérus.

Le 12 juillet, splénectomie, après incision de l'ombilic au pubis. Le pédicule est tordu faisant trois révolutions complètes, les veines sont gonflées ; son volume est celui d'un énorme cordon ombilicale. On le transfixe et on y place deux ligatures entrecroisées avec de la grosse soie ; ligature en masse, ensuite. Guérison.

La rate pesait 16 onces et son tissu était normal. En 1894, la malade est en parfaite santé.

OBSERVATION L (résumée)

Cas de Kower. — (In thèse Alker)

Malade de 42 ans. Elle porte une tumeur abdominale qui est diagnostiquée rein mobile.

Incision sur la ligne mamellonnaire. Réduction et fixation de la rate avec des sutures, mais le parenchyme splénique se déchire. L'écoulement sanguin est d'abord arrêté au thermocautère, puis on introduit un tampon de gaze iodoformée dans l'ouverture du péritoine. La rate fut pressée contre ce tampon à l'aide d'un coussin de ouate, placé sur la paroi abdominale.

Le reste de l'incision est suturé et tamponné. Application d'un bandage fortement serré. On renouvelle le tampon le dixième jours. Six jours après, tout allait bien. Au bout d'un mois, l'ouverture est fermée ; la malade resta deux semaines au lit ; à son départ, la rate était absolument fixée.

On n'a pas revu la malade.

Dans un deuxième cas, traitée de la même façon, la malade resta deux mois au lit, mais la rate redevint mobile et se fixa dans la fosse iliaque gauche.

OBSERVATION LI (résumée)

Cas de Tuffier (In thèse Alker)

Femme de 32 ans. On pose le diagnostic de tumeur du rein et on décide la néphropexie.

Incision de la région lombaire ; le rein est normal. Il existe une tuméfaction mobile intrapéritonale. Ouverture du péritoine. On reconnaît la rate qui est herniée à travers la plaie. Fixation dans cette position, par trois points au catgut passés en plein parenchyme, qui donnèrent un suintement sanguin assez abondant. Ligature des fils aux lèvres péritonéales. On passe ensuite les fils au-dessous du rein dans le feuillet profond de l'aponévrose lombaire.

La malade sortit de l'hôpital avec une fixation parfaite. Elle n'a plus été revue.

OBSERVATION LII (résumée)

H. Soulie. — Rate flottante coïncidant avec une ectopie du rein gauche. — Grave déchéance physiologique : décapsulation partielle de la rate. — Néphropexie. — Guérison. — (Arch. chir. provinciales 1905).

Madame G..., 27 ans, ancienne paludéenne, a présenté deux grossesses. Depuis un an, douleurs dans l'hypo-

chondre gauche allant en augmentant. Amaigrissement, lassitude ; troubles digestifs ; hypochondrie.

A gauche, entre les fausses-côtes et l'ombilic, on sent une tumeur douloureuse à la palpation ; elle est immobile.

Incision para chondrale. Section du péritoine. Rate mobile, sans adhérence, sans déformation, mais grosse et lourde. Incision de la rate qui vient par petits morceaux à cause de sa fragilité, mais assez facilement.

Drainage. Néphropexie secondaire.

Suites opératoires simples. Il s'échappe pendant quelques jours à travers le drain une pulpe rougeâtre ressemblant à de la bouillie splénite.

A la sortie de la malade, on ne voit absolument rien dans l'hypochondre ; la rate est rentrée dans sa loge.

Tous les troubles disparaissent. Sept mois après, la guérison est encore maintenue.

OBSERVATION LIII

Arthurs Lewis et M. D. Ekin. — In British Med. Journ. 1907. — (In thèse Aillaud).

La malade est une domestique âgée de 21 ans. Trois mois avant, elle avait constaté, à l'abdomen, une tumeur, d'abord limitée à la région iliaque, qui grossit rapidement et occasionne des douleurs très vives à la partie inférieure de l'abdomen. Elle continue cependant son travail et se met à souffrir de plus en plus. En même temps, tout aliment est immédiatement vomi. Cet état dure une semaine, avant qu'elle ne vint me consulter.

Examen. — L'abdomen est celui d'une femme enceinte de six mois. A la palpation, la tumeur est mobile. Sur le bord supérieur, on sent un sillon comme dans une rate.

Menstruation régulière ; dernières règles, il y a quinze jours. Température normale. Pulsations nombreuses et rapides.

Au toucher, on sent une masse dans le cul-de-sac droit. Le docteur Fenn la voit avec nous et nous fîmes le diagnostic de tumeur ovarienne à pédicule tordu, et décidâmes de l'envoyer à l'infirmerie.

Opération. — Au moment de son rentrée, la température s'élève à 39°, le pouls à 120, est très faible. Elle semblait être dans le collapsus ; on décide de l'opérer. En ouvrant l'abdomen, on trouve que la tumeur était la rate hypertrophiée et congestionnée, avec un long pédicule tordu ; on fit la *splénopexie*.

Résultats. — La cicatrice guérit par première intention, mais cinq jours après il y eut de la phlébite de la jambe gauche. Cette phlébite disparut progressivement et, au bout d'un mois, la malade pouvait sortir. Au bout d'une semaine, elle présenta le collapsus et mourut en moins de six heures. A la nécropsie, on trouve là rate en bonne position. La mort était due à la thrombose des veines mésentériques.

OBSERVATION LIV

Rivet, Gazette Médicale de Nantes, janvier 1910
(In thèse Aillaud)

La malade est une femme âgée de 37 ans. Bien portante habituellement, elle éprouve dans la nuit du 2 juin 1909, des douleurs de ventre. Le 10 seulement, elle fait appeler un médecin qui constate dans le flanc droit une tumeur volumineuse.

Le 12, cette tumeur a grossi et occupe la fosse iliaque droite. Le sommet remonte jusqu'au foie, le bord interne atteint l'ombilic. Au toucher, le pôle inférieur

est dans le cul-de-sac antéro-latéral droit ; l'utérus est basculé en arrière.

Les mouvements communiqués à la masse, se transmettent légèrement à ce dernier organe. A la palpation, la tumeur est de consistance ferme, élastique, peu mobile.

Pas d'autres symptômes. Etat légèrement nauséeux. L'auteur pense à un kyste du mésentère ou à une tumeur annexielle ou utérine. Le 15, la tumeur est médiane, plus mobile, augmentée de volume.

Intervention. — Incision médiane sous-ombilicale. On trouve la rate, non adhérente, avec un peu d'ascite. Le pédicule est gros comme le pouce, tordu deux fois et demi sur lui-même. La rate pèse 130 grammes, vide de sang.

Splénopexie facile, suites opératoires normales.

La malade n'a pas été revue.

•

CONCLUSIONS

I. — Bien que le terme d'ectopie ait, pour certains auteurs, un sens particulier, nous continuerons à l'employer pour désigner les déplacements de la rate, car il est consacré par l'usage.

II. — Ce sont surtout les femmes, et principalement les multipares, qui sont atteintes de cette affection. L'hypertrophie de l'organe ptosé se rencontre dans un quart des cas. Le plus souvent, la rate ectopique ne s'accompagne d'aucune autre ptose.

III. — Le principal moyen de fixité de la rate est son appareil ligamentaire, en particulier le ligament phréno-splénique.

IV. — Les causes déterminantes généralement invoquées ne sont plus que des causes occasionnelles. Il existe, à l'origine de l'ectopie splénique, une malformation congénitale de l'appareil ligamentaire. D'où il résulte que la ptose existe déjà, en puissance, dès la naissance.

V. — La torsion est produite par des causes intrinsèques ou extrinsèques, qui, en modifiant la situation intra-abdominale de l'organe, entraînent la rotation du pédicule.

VI. — Dans la rate ectopique simple, le tissu splénique est normal. L'étude des lésions macroscopiques et microscopiques de la rate ptosée tordue permet de déterminer la forme clinique de torsion.

VII. — Aucun symptôme fonctionnel n'est pathognomonique. C'est le palper qui, en permettant de reconnaître la forme et la mobilité de la tumeur, fournit les meilleurs renseignements.

VIII. — Les complications, autres que la torsion, sont rares. Elles sont dues à la présence d'adhérences, qui, elles-mêmes, résultent de petites crises de torsion insoupçonnables cliniquement.

IX. — Nous proposons de grouper dans la même étude les formes subaiguës et chroniques de torsion du pédicule, car elles ne diffèrent que très peu l'une de l'autre.

Aux formes classiques, nous ajoutons la torsion intermittente du pédicule, qui présente une individualité anatomique et clinique bien spéciale.

X. — Le pronostic de l'ectopie de la rate n'est pas bénin. Tôt ou tard, la splénoptose provoque des complications pouvant entraîner la mort des malades.

XI. — Le diagnostic est difficile. Il se basera sur la forme, la mobilité de la tumeur, la radiographie. La vacuité de l'hypochondre gauche, et la présence d'une tumeur abdominale chez un malade dont l'histoire clinique fait penser à une splénomégalie, permettent un diagnostic aisé.

Celui de rate ectopique compliquée est rarement posé. Seule, généralement, la laparotomie permet de reconnaître et la splénoptose et la complication.

XII. — L'unique traitement à envisager dans tous les cas de rates ectopiques est l'ablation de l'organe, la splénectomie.

Vu :
Le Président de Thèse,
COSTANTINI.

Vu : *Le Doyen,*
ARDIN-DELTEIL.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 25 Février 1929.
Le Recteur de l'Académie,
TAILLIART.

BIBLIOGRAPHIE

- AILLAUD. — Les torsions chroniques du pédicule de la rate mobile, Th. Montpellier 1910.
- ALBERT. — Rate mobile, torsion du pédicule. — Réaction péritonitique. — Splénectomie. — Guérison. — Verhandl. d. Ges. f. Chir. 1885, t. XIV, p. 3.
- ALFIERI. — Splénectomie pour splénomégalie et splénoptose. — Clin. Chir. 1920, n° 9.
- ALKER. — De la splénoptose. — Thèse Bordeaux 1898.
- AUVRAY. — Chirurgie de la rate. — Presse Médicale 1905.
- BAL. — Torsion de la rate au cours d'une fièvre récurrente. — POLSKA Gaz. 1922, n°2.
- BALLANCE. — Splénectomie pour torsion de la rate. — The Practitioner, avril 1898.
- BASILE HALL. — Splénoptose pour rate mobile. — Ame. of. Surg. 1903.
- BAUDUIMONT. — Splénoptose ; in traité Le Dentu et Delbet.
- BLAND SUTTON. — Rate mobile, torsion du pédicule. — Brit. Méd. Journal, 1892.
- BROSMANN. — Extirpation de rate mobile à pédicule tordu. — Zentr. f. chir. 1922, n° 5.
- BUREAU. — Contribution à l'étude de l'ectopie de la rate. — Torsion du pédicule. — Th. Paris 1896.
- CHAUDELUX. — Splénectomie pour rate mobile avec torsion du pédicule. — B. et Mem. S. Chir. 1900.
- CHAVANNAZ et GUYOT. — Les déplacements de la rate ; in traité Le Dentu et Delbet.
- CHILDE. — Rate mobile. — Hémorragie sous-capsulaire. — Splénectomie. — Brit. Méd. J. 1905, n° 52.
- CIGNOZZI. — La splénomégalie malarique et ses complications. — Policlino 1923, n° 2.
- D'ANTONA. — Rate ectopée avec torsion du pédicule. — Splénectomie. — Guérison. — Policlino 1907, n° 178.
- DARFEUILLE. — Déplacements de la rate avec torsion du pédicule. — Th. Paris 1894.

- DUVAL. — Torsion de la rate avec rupture spontanée. — B. et M. Soct. Chir. 1911, n° 18.
- FAITOUT. — L'ectopie de la rate. — Gaz. Hôp. 1896.
- FERRARI. — La splénomégalie paludéenne. — Th. Agrég. 1926.
- FÉVRIER. — La chirurgie de la rate. — Cong. franç. de Chir. 1901
- FINKELSTEIN. — Chirurgie de la rate. — Rouss. Chir. Arch. 1909, v. XXV.
- FLAMMER. — Sur la chirurgie de la rate. — Zentr. f. Chir. 1907.
- GIORDANO. — Sur la splénopexie. — Riforma méd. 1896.
- GLASGOW. — Rate mobile. — Laparotomie. — Reposition. — Insuccès. — Splénectomie. — Guérison. — Trans. Amer. Ob. and. Gyn. 1891.
- GOINARD P. — Sur certaines splénomégalias algériennes. — Th. Alger 1927.
- GRIEFFENHAGEN. — Sur la technique de la splénopexie et sur l'ectopie de la rate mobile. — Cent. f. Chir. 1897, n° 5.
- HARTMANN. — Quatre cas de rates mobiles. — Gaz. Hôp. 1895.
- HARTMANN. — La chirurgie de la rate. — Presse Méd. 1911.
- JENCKEL. — Sur la chirurgie de la rate. — Zent. f. Chir. 1923, n° 16.
- KADYGROBOFF. — Sur la torsion du pédicule de la rate mobile. — Chirourguia 1908, v. XXIII.
- KING. — Sur la pathologie de la rate. — Arch. Int. Méd. 1914.
- KLEIN. — Rate mobile. — Autopsie. — Münch. med. Woch 1889.
- KOBER. — Le traitement de la rate mobile par la splénopexie. — Zent. f. chir. 1896, n° 3.
- LOHR. — Sur la chirurgie de la rate. — Zent. f. chir. 1923.
- LECÈNE et DENIKER. — Chirurgie de la rate. — B. et M. Soct. chir. Paris 1923.
- MAYO. — Chirurgie de la rate. — Surg. gn. a. Obest. 1913, v. XVI.
- MONTPROFIT. — Sur la péthologie de la rate. — B. et M. Soct. An. Paris 1903.
- MORESCHI et GHETTI. — Splénectomie pour kyste dans une rate mobile. — Goz. d. obest.chir. 1896, p. 1.257.
- MURPHY. — Rate hypertrophique et mobile. — Rate acces-soire. — Splénectomie. — Brit. a. Med. J. 1894.

- ORSOS PEÏS. — Sur la rate mobile et la splénomégalie. — Virch. Arch. 1909.
- PACCHINI. — Ptose de la rate et symptôme d'occlusion intestinale. — Polychino 1922, n° 28.
- PATTERSON. — Un cas de torsion méconnu du pédicule splénique. — The Lancet 1909.
- PAUCHET. — Chirurgie de la rate. — Arch. de Med. 1913.
- PAYR. — Sur la chirurgie de la rate. — Arch. f. Klin Chir. 1907.
- PÉTRIDIS. — Deux cas de torsions de la rate. — Lyon Chir., nov. 1918.
- PIÉRI. — Torsion de la rate hypertrophiée. — Splénectomie. — Guérison. — Riv. Osp. 1919, n° 8.
- PICOU. — Anatomie de la rate. — In traité Poirier et Nicolas.
- POZZI. — De l'ectopie de la rate. — B. et M. Soc. Chir. 1903.
- REMEDJ. — Contribution à l'étude de la splénomégalie malarique. — Arch. Int. Chir. 1906.
- RICHELOT. — Ectopie de la rate. — Torsion du pédicule. — Splénectomie. — Guérison. — Bull. Acad. Med. Paris, 1893.
- RIO-BRANCO. — Le tronc coeliaque. — Th. Paris 1912.
- RIVET. — Rate hypertrophique malarique avec torsion du pédicule. — Gaz. Méd. de Nantes 1910, n° 1.
- ROBBER. — Sur la chirurgie de la rate. — J. Amér. Méd. Assoc. 1915.
- ROSSI. — Recherches expérimentales sur les effets de la splénopexie intra-péritonéale. — Lo Sperimentale, 1910.
- SALIBA. — Ectopie splénique. — Surg. Gyn. a. Obst. 1918, n° 1.
- SALIS. — Un cas de torsion de la rate. — Corr. f. Schweig Aerzte 1913, n° 50.
- SANTUCCI. — Sur un procédé de splénopexie. — Policlino 1906, n° 8.
- SILVESTRINI. — Traité de pathologie de la rate. — Bologne 1924.
- SOURDILLE. — Gazette Méd. de Nantes 1911.
- SOUTHAM. — Splénectomie pour torsion de la rate chez un enfant. — The Lancet, 26 mars 1921.
- STRASSMANN. .. Extirpation de rate flottante. — St. Obst. et Gyn. de Berlin, 23 juin 1911.
- TESTUT. — Traité d'anatomie.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie médico-chirurgicale.

- TUFFIER. — Un cas de splénopexie. — IX Cong. f. de Chir. 1895, p. 50.
- VANVERTS. — De la splénectomie. — Thèse Paris 1897.
- VÉRÉBÉLI. — Sur la splénectomie. — Orvokepres (an. XII. cahier 3, 30 sept. 1922.
- VIGNARD. — Rate paludéenne en ectopie pelvienne. — Splénectomie. — Revue de Chirurgie, 1909, n° 2.
- VINCENT. — Sur l'ectopie de la rate. — Gaz. Hôp. Toulouse 1909.
- VINCENT et CABANNES. — Rate ectopique tordue. — Bulletin Méd. de l'Algérie, 1904.
- VINCENT et WAROT. — Rate ectopique tordue. — Bull. Méd. de l'Algérie, 1907.
- WELTI. — Torsion de la rate. — Annales d'anatomie pathologique, 7 juillet 1927.
- WHITEHOUSE. — Torsion de la rate simulant une tumeur ovarienne. — Splénectomie. — Guérison. — I. of. Obs. a. Gyn. 1913, n° 3.
- ZYKOFF. — Sur le traitement des rates mobiles par la splénopexie. — Arch. f. Klin. Chir. 1895.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Définition	11
Historique.....	13
Etiologie.....	16
Moyens de fixité de la rate.....	20
Pathogénie	23
Anatomie pathologique.....	33
Symptomatologie.....	40
Evolution, complications et pronostic.....	49
Diagnostic.....	63
Traitement	70
Observations	
1°) de rates ectopiques simples..	75
2°) de torsion aiguë du pédicule.....	97
3°) de torsion subaiguë du pédicule	110
4°) de torsion intermittente du pédicule	125
5°) de complications autres que la torsion ou compiquant la torsion.....	148
6°) de rates ectopiques traitées autrement que par splénectomie	163
Conclusions	170
Bibliographie.....	173

IMPRIMERIE MODERNE

2, Boulevard Laferrière, 2

o o o ALGER o o o



o Téléphone : 39-34 o

IMPRIMERIE MODERNE

2, Boulevard Laferrière, 2

° ° ° ALGER ° ° °



° Téléphone : 39-34 °